CONGRÈS ANNUEL

DE

MÉDECINE MENTALE

CONGRÈS ANNUEL

DE

MÉDECINE MENTALE

QUATRIÈME SESSION

TENUE A LA ROCHELLE DU 1er AU 6 AOUT 1895

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS

Par le Docteur H. MABILLE

Secrétaire Général du Congrès



LA ROCHELLE,

Typ. E. Martin, Successeur de G. Mareschal, rue de l'Escale, 20

1894

CONGRÈS ANNUEL

DE

MÉDECINE MENTALE

QUATRIÈME SESSION

TENUE A LA ROCHELLE DU 1er AU 6 AOUT 1893

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS

Par le Docteur H. MABILLE

Secrétaire Général du Congrès



LA ROCHELLE,
Typ. E. Martin, Successeur de G. Mareschal, rue de l'Escale, 20

1894



QUATRIÈME CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

PRÉLIMINAIRES

(Extrait des procès-verbaux du Congrès de Blois).

Séance du vendredi soir 5 août 1892.

PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

Avant de se séparer, l'assemblée décide que le prochain Congrès aura lieu à La Rochelle.

COMITÉ LOCAL D'ORGANISATION.

MM. Yvert, *Président de la Commission de surveillance de l'Asile de Lafond.*

Couneau,
Roux,
Meyer,
Leblond, } *Membres de la Commission de surveillance de l'Asile de Lafond.*

Dr Mabille, *Secrétaire.*

M. Salomon, Receveur-Econome de l'Asile de Lafond, *Trésorier.*

Les questions particulièrement soumises à l'étude des membres du Congrès de la Rochelle ont été les suivantes :

Pathologie : Des auto-intoxications dans les maladies mentales. — Rapporteurs : MM. les Drs Régis et Chevalier-Lavaure.

Médecine légale : Des faux témoignages des aliénés devant la justice. — Rapporteur : M. le Dr Culerre.

Législation et administration : Des sociétés de patronage des aliénés. — Rapporteur : M. le Dr Giraud.

LISTE

des membres adhérents au Congrès de médecine mentale de La Rochelle (1893.)

Drs ADAM (Aloyse), directeur-médecin en chef de l'asile Saint-Georges, à Bourg (Ain).

BALLET (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, 3, rue Rouget-de-l'Isle, à Paris.

BOITEUX, médecin-adjoint à l'asile de Clermont (Oise).

BOUCHARD, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut, 174, rue de Rivoli, à Paris.

BOUCHEREAU, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

BOURNEVILLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, 14, rue des Carmes, à Paris.

BRIAND, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

CAMUSET, directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir).

CARRIER (Albert), directeur de la maison de santé de Saint-Vincent de Paul, 144, route de Vienne, à Lyon.

CHARPENTIER, médecin de l'hospice de Bicêtre, 27, rue Pierre-Guérin, à Paris.

CHEVALIER-LAVAURE, médecin-adjoint à l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône).

CHEVALLIER, à Compiègne (Oise).

CHRISTIAN, médecin en chef de la maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine).

COLIN, médecin-adjoint à l'asile de Lafond (Charente-Inférieure).

CULLERRE, directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).

DAUBY, directeur-médecin de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône).

DELAPORTE, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).

DENY, médecin de l'hospice de Bicêtre, 18, rue de la Pépinière, à Paris.

DERICQ, médecin-adjoint à l'asile de Prémontré (Aisne).

DESMAISONS, médecin du Castel d'Andorte, au Bouscat, près Bordeaux.

DOUTREBENTE, directeur-médecin de l'asile de Blois (Loir-et-Cher).

DROUINEAU, inspecteur-général, 19, rue Leverrier, à Paris.

DUBUISSON, médecin de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

DUPAIN, médecin-adjoint à l'asile d'Alençon (Orne).

FALRET, médecin de la Salpétrière, 2, rue Falret à Vanves (Seine).

GALLOPAIN, directeur-médecin de l'asile de Fains (Meuse).

GARNIER (Paul), médecin de l'Infirmerie du dépôt, 16, boulevard Montmartre, à Paris.

GARNIER (Samuel), directeur-médecin de l'asile de Dijon (Côte-d'Or).

GIRAUD, directeur-médecin de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Drs Girma, directeur-médecin de l'asile de Pau (Basses-Pyrénées).
Guillemin, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Ylie, à Dôle (Jura).
Guyot, directeur-médecin de l'asile de Châlons (Marne).
Hospital, médecin en chef de l'asile de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Houeix, médecin, à Nantes.
Joffroy, professeur à la Faculté de médecine, 186, rue de Rivoli, à Paris.
Klippel, chef de laboratoire de la Faculté de médecine, à Paris.
Lagrange, médecin en chef de l'asile de Poitiers.
Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise).
Lemoine, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, à Lille.
Lesguillons, à Compiègne (Oise).
Luys, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, 23, rue de la Mairie, à Ivry (Seine).
Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond.
Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, à Paris.
Marie, médecin adjoint à l'asile de Dun-sur-Auron (Cher)
Martinencq, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise).
Meilhon, médecin en chef préposé responsable de l'asile de Montauban (Tarn-et-Garonne).
Meuriot, médecin de la maison de santé, 17, rue Berton, à Paris-Passy.
Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe).
Motet, médecin de la maison de santé, 161, rue de Charonne, à Paris.
Nolé, directeur-médecin de l'asile de Sainte-Catherine (Allier).
Pactet, chef de clinique à l'asile Sainte-Anne, à Paris.
Parant, médecin de la maison de santé, 17, allée de Garonne, à Toulouse.
Paris, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).
Pichenot, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse).
Pons, médecin en chef de l'asile de Bordeaux.
Quinemant, médecin en chef de l'asile de Niort (Deux-Sèvres).
Ramadier, directeur-médecin de l'asile de Rodez (Aveyron).
Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 21, rue de Rome, à Paris.
Régis, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine, 53, rue Huguerie, à Bordeaux.
Rey, médecin en chef de l'asile de Saint-Pierre, à Marseille.
Ritti, médecin en chef de la maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine).
Riu, médecin en chef du quartier d'aliénés, à Orléans (Loiret).
Roubinowitch, 113, faubourg Poissonnière, à Paris.
Th. Roussel, sénateur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, 71, faubourg Saint-Honoré, à Paris.
Rousset, médecin adjoint à l'asile de Bron, à Lyon.

Drs SÉGLAS, médecin, 96, rue de Rennes, à Paris.
SEMELAIGNE, médecin, château Saint-James, à Neuilly (Seine).
SIZARET, médecin-adjoint à l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne).
VERNET, médecin-adjoint à l'asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées).
VOISIN (Auguste), médecin à la Salpétrière, 16, rue Séguier, à Paris.
VOISIN (Jules), médecin de la Salpétrière, 58, faubourg Poissonnière, à Paris.
BOURRU, médecin en chef de la marine, à Rochefort.
BOUTIRON, médecin à Saint-Xandre.
BRARD, médecin à La Rochelle.
LAURENT, médecin à La Rochelle.
PICHEZ, médecin à La Rochelle.
TOUTANT, médecin à Marans.
TRONCHET, médecin à La Rochelle.
BAJENOW, médecin à Moscou (Russie).
DELANNAY, médecin de l'asile d'aliénés de Froidmont (Belgique).
LADAME, professeur à l'Université, 14, rue de la Carraterie, à Genève (Suisse).
MENDELSSOHN, médecin à Saint-Pétersbourg (Russie).
SEMAL, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de l'Etat, à Mons (Belgique).
SEMIDALOW, médecin à Moscou (Russie).

MM. YVERT, COUNEAU, ROUX, MEYER, LEBLOND, Membres de la Commission de surveillance de l'asile de Lafond.
BERGERAT, pharmacien à La Rochelle.
DESCHAMPS, président du Conseil municipal, 53, boulevard Saint-Michel, à Paris.
MICHAU, pharmacien à La Rochelle.
NADREAU, à La Rochelle.
PIETTRE, à La Rochelle.
PÉRIER, à La Rochelle.

DES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES MENTALES

Par le Dr E. Régis

Chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux

Et le Dr A. Chevalier-Lavaure

Médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés d'Aix

PRÉAMBULE

DES AUTO-INTOXICATIONS EN GÉNÉRAL

Les troubles de la nutrition qui accompagnent tous les états pathologiques dont ils peuvent être la cause ou l'effet, sont en dernière analyse, une altération de la vie des cellules.

Cette vie cellulaire se compose essentiellement de la fonction d'assimilation « de la matière circulante qui est en dissolution ou en suspension dans les milieux liquides, dans les humeurs » (Legendre) et de la fonction de désassimilation des substances transformées. Ces substances doivent être éliminées par les divers émonctoires.

Toute perturbation survenant dans la vie des cellules et par conséquent dans leurs fonctions, altère nécessairement la qualité et la quantité des matières désassimilées et retarde ou arrête parfois leur excrétion.

Parmi ces matières, il en est qui sont toxiques, il en est d'autres qui le deviennent : ce sont surtout des alcaloïdes ou des albumines sur la nature chimique desquelles on n'est pas encore absolument fixé, enfin des sels minéraux et des matières colorantes. Ajoutons,

qu'à l'état normal, certaines substances provenant de la désassimilation sont également des poisons ; mais ou elles sont éliminées, ou elles sont neutralisées par certains organes.

Dès lors, le trouble de la nutrition survenant, il peut s'accompagner d'une production anormale de substances toxiques, d'une transformation incomplète de celles qui sont introduites dans l'organisme, enfin d'une élimination insuffisante de ces poisons normaux et anormaux, d'où auto-intoxication.

Il est vraiment curieux de voir quelle somme de travail a nécessité la démonstration de ces notions qui paraissent si simples aujourd'hui, par quels nombreux détours on y est arrivé, de quelles découvertes elle a été la cause, quelles questions nouvelles elle a soulevées.

C'est ainsi que la chimie biologique, l'expérimentation physiologique, l'observation clinique et la thérapeutique sont arrivées de l'étude de la putréfaction et des poisons putrides à la découverte des ptomaïnes qui a déterminé celle des leucomaïnes, puis plus récemment celles des sécrétions microbiennes. Ce sont ces résultats qui devaient établir d'une façon irréfutable l'existence des auto-intoxications.

Nous croyons intéressant d'exposer d'une façon succincte les différentes phases de l'évolution de cette question.

Nous ne ferons que rappeler les théories humorales et la notion des humeurs peccantes, qui donna l'idée de rechercher à quelles substances était due l'altération des humeurs provoquant les maladies.

C'est alors qu'on incrimina les poisons produits par la putréfaction des matières organiques et qu'on étudia les causes de cette putréfaction. Citons parmi les auteurs : Gaspard (1808), Orfila, Magendie, Gaspard et Stick en 1822, Dupré en 1823 qui publie des observations d'absorption et de résorption putrides, Gütterbock qui, en 1838, extrait du pus putride une sorte d'alcaloïde, la pyine ; Virchow, Schmidt, qui étudient l'empoisonnement cholérique, enfin Panum qui, en 1856, isole deux substances des matières putrides et montre leur nature chimique.

Citons encore parmi ceux qui se sont occupés de la même question : Hemmer, Schwenninger, Oser (1868), Bergmann et Schmiedeberg, Sonnenschein (1869) et arrivons à Selmi (1870, 71, 72) et Armand Gautier qui découvrent définitivement les *ptomaïnes* et déterminent leur nature alcaloïdique.

C'est alors que les recherches entrent dans une voie de progrès rapides. A côté des poisons putrides, on découvre d'autres nombreux poisons produits par notre organisme au cours de la vie normale et existant au milieu de nos tissus et de nos humeurs.

Ce sont les résultats de ces recherches, c'est-à-dire les éléments multiples et complexes de l'intoxication dont nous sommes sans cesse menacés que nous allons passer succinctement en revue :

1° Au point de vue chimique.

« a » *Dans l'organisme normal.*

C'est après Paterna et Spica en 1879, puis Fauconnier un peu plus tard, qui isolent deux alcaloïdes de l'organisme normal, après Pouchet (Thèse, Paris, 1880), qui extrait de l'urine normale une base alcaloïdique que A. Gautier établit définitivement l'existence et les caractères chimiques des *leucomaïnes ;* c'est par l'étude des alcaloïdes produits dans la matière organique putréfiée qu'on est arrivé à la connaissance des alcaloïdes produits par la matière vivante.

Mouron, Schladenhaufen, Guareschi, Mosso, 1882, Coppola, découvrent de nouvelles leucomaïnes.

En 1882, Bouchard isole des matières fécales des alcaloïdes toxiques provenant soit des toxines microbiennes, soit des ptomaïnes de la putréfaction. Il démontre qu'une certaine quantité de ces poisons s'éliminent par les reins.

Brown Séquard et d'Arsonval (1887), trouvent dans l'air expiré des bases volatiles très toxiques que Robert Wurtz isole du sang (1888, Thèse de Paris) avec d'autres bases fixes. Thudicum (1888), étudie les alcaloïdes urinaires.

Maurice de Thierry (Thèse de Paris, 1889), découvre un alcaloïde dans la graisse normale.

« b » *Dans l'organisme malade.*

Le défaut d'élimination de ces poisons qui produit l'intoxication se trouve réalisé dans un certain nombre de maladies où la fonction rénale est supprimée ou insuffisante.

Les différents auteurs qui ont cherché quels étaient les poisons qui provoquaient l'empoisonnement urémique ont incriminé tour à tour l'urée (Wilson, Gregory), le carbonate d'ammoniaque (Frerichs, Treitz); l'urochrome (Thudicum) ; les matières extractives (Schottin, Oppler, Perls, Chalvet, Jaccoud) ; les matières minérales (Feltz et Ritter), etc. Mais le professeur Bouchard a démontré que l'urémie est produite par *tous* ces poisons que le rein n'élimineplus.

La pathogénie du coma diabétique a donné lieu à autant de discussions que celle de l'urémie. Citons la théorie de l'acétonémie et de

l'acétonurie : Brand, Petters (1857), Lécorché, de Gennes ; celle qui incrimine l'acide diacétique (Gerhard), etc., etc.

Mais dans d'autres cas que l'urémie et le coma diabétique on a découvert des substances toxiques qui, pour la plupart, sont d'origine microbienne.

En 1882, Bouchard extrait d'urines de maladies infectieuses des alcaloïdes très toxiques ; il trouve dans les déjections cholériques une substance alcaloïdique particulière.

Puis Pouchet découvre de nouveaux alcaloïdes dans les urines d'aliénés, dans la bile et les déjections de cholériques ; Villiers, dans l'urine de malades atteints de rougeole, de diphtérie, d'abcès à la tête, dans les poumons d'enfants pneumoniques, dans les organes de cholériques.

Enfin, Griffiths isole une série d'alcaloïdes des urines de quelques maladies infectieuses.

2° Au point de vue expérimental.

« a » *Dans l'organisme normal.*

Il est bien difficile d'étudier sur place les éléments toxiques de l'organisme vivant, c'est-à-dire dans les tissus qui leur ont donné naissance bien que l'examen du sang ait permis de pénétrer en quelque sorte dans l'intimité de ceux-ci. Aussi s'est-on adressé aux émonctoires qui révèlent dans une certaine mesure le mécanisme des divers processus de la nutrition normale ou anormale, en permettant d'étudier les déchets de celle-ci.

Parmi les émonctoires on a choisi surtout le rein qui enlève au sang la plus grande partie de ces déchets que celui-ci a puisé dans nos tissus.

L'urine fut toujours considérée comme toxique mais sans preuve expérimentale.

Ségalas, Vauquelin, puis plus tard Gaspard, Frerichs, Claude Bernard portèrent la question sur son véritable terrain mais étudièrent plutôt certaines substances toxiques de l'urine que la toxicité de l'urine en nature. Ce fut Muron, qui, en 1868, fit le premier des injections sous cutanées d'urine ; mais il conclut à sa non toxicité, résultat dû au procédé employé.

Feltz et Ritter en 1881, au lieu d'employer la voie sous cutanée, pratiquèrent chez le chien des injections intra-veineuses. Ils observèrent des phénomènes urémiques et produisirent la mort avec une

quantité d'urine égale au 1/15 du poids du corps, et à la quantité sécrétée pendant 72 heures.

En 1882, Bocci, par l'injection d'urine humaine, détermine de la paralysie, de l'abolition de l'excitabilité et la mort chez les grenouilles. Mais il ne peut tuer le rat ni le cochon d'inde.

Schiffer (Société de médecine interne de Berlin, avril 1883), emploie des extraits éthérés d'urine normale ; il obtient chez les grenouilles de la dépression, puis des convulsions toniques et cloniques.

Enfin en 1883, 84, le professeur Charles Bouchard reprend la question; il choisit le lapin comme animal réactif et emploie une méthode invariable, consistant à filtrer l'urine, à la maintenir à la température ambiante, enfin à l'injecter par les veines auriculaires, lentement, à raison d'un centimètre cube par seconde.

Les phénomènes qui suivent l'injection sont d'abord la contraction pupillaire, puis l'accélération des mouvements respiratoires avec diminution de leur amplitude. L'animal s'affaiblit ensuite et tombe peu à peu dans le coma. Il se produit de la polyurie et de la pollakiurie, enfin un abaissement marqué de la température et parfois de l'exophtalmie et des secousses musculaires.

Il faut 30 à 60 centimètres cubes, soit en moyenne 45 centimètres cubes, pour tuer un kilogramme d'animal.

De plus le professeur Bouchard détermine que l'urine normale contient une substance diurétique, l'urée ; une substance narcotique ; une autre sialogène ; une autre qui contracte la pupille ; une substance hypothermisante ; enfin deux substances convulsivantes, l'une de nature organique, l'autre minérale : la potasse.

Il reconnaît que l'urée est à peine toxique, que les matières colorantes collaborent à la toxicité de l'urine pour trois dixièmes, les matières extractives pour un à deux dixièmes, la potasse et les matières minérales pour quatre à cinq dixièmes.

Fleischer d'Erlangen (Uber Urœmie, 1885), est arrivé à peu près aux mêmes résultats.

Mairet et Bosc de Montpellier (Société de Biologie, décembre 1890), ont repris les expériences de Bouchard. Ils ont de même employé l'injection intraveineuse (veine fémorale chez le chien, veines auriculaires chez le lapin.)

Leur appareil était une sorte de siphon, réglé de telle façon que son débit toujours régulier était de 20 centimètres cubes pour le chien et de 4 centimètres cubes pour le lapin par minute.

La dose moyenne, pour amener la mort du lapin, a été 67 centimètres

cubes par kilogramme, entre 45 et 90 centimètres cubes. Il leur a fallu 100 centimètres cubes pour tuer un kilogramme de chien.

Les phénomènes observés ont été les mêmes que ceux signalés par Bouchard ; mais pour eux ce sont les matières colorantes qui sont la cause essentielle de la toxicité de l'urine.

On a de plus tenté d'évaluer la toxicité des matières fécales.

Déjà en 1853, Stick avait observé des phénomènes toxiques à la suite de l'ingestion par un animal des matières fécales d'un animal d'une autre espèce.

Bouchard a entrepris une nouvelle étude de la question et a employé la voie intra-veineuse. De ces expériences il a conclu que la toxicité des matières fécales était due en première ligne à la potasse, en seconde ligne aux produits des putréfactions intestinales, en troisième ligne aux produits de la désassimilation y compris un peu de bile non résorbée.

Le sang qui puise dans l'intestin une certaine quantité de ces matières toxiques doit être toxique.

C'est ce que l'expérience a démontré.

Le professeur Bouchard obtient la mort d'un kilogramme d'animal par l'injection de 25 centimètres cubes du sang d'un animal d'une autre espèce. Il montre également que le sérum du lapin est toxique pour le lapin.

En 1889, Rummo et Bordoni trouvent que la dose mortelle par kilogramme de lapin est de 10 centimètres cubes de sérum de sang humain normal (Riforma medica).

Le professeur d'Abundo (1892), arrive aux mêmes conclusions. (Rivista sperimentale di Freniatria et di Medicina legale).

De plus Bouchard a montré que les extraits des muscles contenaient également des poisons.

Enfin les produits biliaires sont également toxiques (Bouisson, Müller, Feltz et Ritter, Rœrhig, Vulpian, Bouchard et Tapret).

« b » *Dans l'organisme malade.*

L'expérience est venue en aide à la chimie pour prouver la réalité des troubles, déjà signalés plus haut, que la maladie apporte dans l'élaboration de la matière en exagérant ou modifiant la production des poisons normaux et en provoquant celle des poisons anormaux.

C'est ainsi que le professeur Bouchard a établi que la majorité des urines pathologiques et toutes les urines des maladies apyrétiques ont une toxicité au-dessus de la normale et des propriétés toxiques

nouvelles, surtout la propriété convulsivante, mais ne fournissent pas le plus souvent la répétition des symptômes de la maladie, ni la maladie elle-même.

Celles qui ont été provoquées par l'injection d'urines sont seulement les maladies infectieuses, dans lesquelles les agents infectieux s'éliminent par les reins.

En 1883 Dupard (Principes toxiques de l'urine, Thèse de Lyon), injecte des extraits d'urines de divers états morbides, à des grenouilles. Il conclut que l'urine contient des principes toxiques dont une partie à l'état d'alcaloïdes, dont la proportion est influencée par les maladies.

Lépine et Guérin (Revue de Médecine 1884, p. 770), établissent l'augmentation de toxicité de l'urine de la défervescence pneumonique.

Lépine et Aubert (Société de Biologie, juillet 1885), étudient la toxicité des urines fébriles et leurs résultats sont confirmés par Feltz et Ehrmann (Société de Biologie 1885).

Dieulafoy (Société médicale des hôpitaux 1886), constate l'hypotoxicité des urines urémiques.

Roux et Yersin provoquent des paralysies par l'injection d'urines diphtéritiques et prouvent ainsi, après Bouchard, que les toxines microbiennes trouvées par Charrin et Ruffer dans le sang, s'éliminent en partie par les reins.

Roger et Gaume (Société Biologie, avril 1889), établissent l'augmentation de la toxicité de l'urine par suite d'une véritable décharge toxique pendant la crise de la pneumonie.

De même pour l'impaludisme Roque et Lemoine (Revue Médicale 1890), observent que la fin de chaque poussée fébrile amène une élimination considérable d'éléments toxiques.

Semmola (Académie de Médecine 1891), reproduit des convulsions par l'injection d'urine d'un malade atteint de pneumonie grippale et ayant eu des attaques éclamptiques et tétaniques.

Surmont démontre l'hypertoxicité urinaire dans la cirrhose atrophique, le cancer du foie, etc.

Chauffard et Roger observent les crises urinaires se développant au cours des ictères (d'après Charrin. Poisons de l'urine).

Ducamps (d'après l'Union médicale, 17 mai 1892) étudie les modifications de la toxicité de l'urine chez les cardiaques.

On a enfin, dans ces derniers temps, tenté d'évaluer la toxicité du sérum sanguin dans les états pathologiques.

C'est ainsi qu'en 1889, Rummo et Bordoni (Riforma Medica) et

avant eux Locatello, Scialla, Trovati, ont trouvé une hypertoxicité du sérum dans la fièvre typhoïde et l'éclampsie ; une diminution de cette toxicité dans la malaria.

Charrin en 1891, dans un cas d'albuminurie, a vu que cette toxicité diminuait en même temps que la maladie s'améliorait.

Tarnier et Chambrelent (Annales de gynécologie, nov. 1892) font une vingtaine d'expériences sur la toxicité du sérum d'éclamptiques et concluent qu'elle est notablement augmentée. A la suite de recherches concomitantes sur la toxicité urinaire de ces mêmes malades, ils constatent le fait intéressant que cette toxicité de l'urine est en raison inverse de celle du sérum sanguin.

Voici donc le point où en est actuellement la question des auto-intoxications en général.

Les éléments de l'empoisonnement de l'organisme par lui-même sont multiples.

A côté des alcaloïdes normaux et anormaux, à côté des toxines microbiennes sur la nature chimique desquelles on n'est pas encore absolument fixé : ptomaïnes ou diastases ou toxalbumines ou protéines, il faut, avons-nous vu, placer d'autres substances qui, dans certains cas, se montrent plus ou moins toxiques.

Ce sont les matières minérales parmi lesquelles les sels de potasse en première ligne, les sels de soude, etc.

Ce sont encore certains principes azotés d'un degré d'oxydation inférieur, tels que la créatinine, la créatine, etc., corps réunis sous la dénomination de substances extractives. Ils sont très peu toxiques.

Il faut encore signaler d'autres poisons qui existent normalement dans les tissus et le tube digestif et qui s'éliminent normalement par les urines : l'acide oxalique à l'état d'acide oxalurique ; l'acide phénique à l'état d'acide phénique sulfo-conjugué ; des corps de la série aromatique : indol, scatol, crésol, de l'acide butyrique, de l'acide lactique, de l'acide acétique.

Enfin les produits de secrétion physiologique contiennent eux-mêmes des poisons ; la salive, la bile surtout par ses matières colorantes.

Comme l'a dit Bouchard : « L'homme est un réceptacle et un laboratoire de poisons. »

DES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES MENTALES

On a pu voir par l'exposé historique qui précède, que la question des poisons de l'organisme et des maladies par auto-intoxication était entrée depuis les travaux du professeur Ch. Bouchard et de ses élèves dans une ère nouvelle, l'ère de la diffusion et de la généralisation.

La Neurologie et la Psychiatrie n'ont pas échappé à ce grand mouvement scientifique et elles ont donné lieu, à ce point de vue, à d'intéressantes recherches. Nous nous bornerons à citer, en ce qui concerne la Neurologie, les études sur les modifications de la composition de l'urine dans l'hystérie de Gilles de La Tourette, Cathelineau, Féré, Poels, et surtout celles relatives à la toxicité urinaire dans l'épilepsie de Féré, Deny et Chouppe, Jules Voisin et A. Péron, etc. Les conclusions de ces derniers auteurs, les plus récentes en date, peuvent se formuler ainsi : Il y a abaissement considérable de la toxicité urinaire ou hypotoxicité avant les crises d'épilepsie. Abaissement, mais moins considérable, durant la période paroxystique. Relèvement et même exagération si la série est finie. Dans l'intervalle des crises, mais seulement d'une façon générale, la toxicité urinaire est normale. Elle paraît toujours s'abaisser au-dessous du taux physiologique lorsqu'il survient chez les épileptiques, un trouble mental.

Les recherches en ce qui concerne la Psychiatrie ont été plus nombreuses encore et l'impulsion est devenue telle dans ces derniers mois, que les Revues spéciales de tous les pays, sans exception, sont remplies de travaux ayant trait, par un côté quelconque, à la question. Il est donc permis de dire que le Congrès français des Aliénistes a été des mieux inspirés en mettant à l'ordre du jour de son programme de cette année, un sujet d'une aussi réelle et d'une aussi générale actualité.

Mais la multiplicité même de ces travaux, si différents d'origine, de nature et d'intérêt, sans cohésion, souvent contradictoires, d'objet

restreint en apparence mais embrassant en réalité la pathologie mentale presque tout entière, n'a pas permis d'en présenter la substance dans un rapport d'ensemble méthodique, précis et concluant. Force nous est donc de nous borner à une énumération rapide et sommaire des principaux points abordés jusqu'à ce jour, à réunir l'ensemble des faits parus — sans discussions théoriques et sans conclusions définitives encore prématurées — dans un simple exposé qui puisse servir à la fois de matière à consulter et de base de discussion pour le Congrès.

Bien que la question mise au programme ait exclusivement trait aux « Auto-intoxications dans les maladies mentales », il nous a semblé qu'elle devait comprendre également les infections qui se confondent souvent, tant au point de vue clinique que pathogénique, avec les auto-intoxications. Il n'eut pas été possible en bien des cas, de séparer ces deux ordres de faits.

Notre exposé a donc trait non seulement au rôle joué par les auto-intoxications proprement dites dans les maladies mentales, mais encore à celui des infections, c'est-à-dire des intoxications venues du dehors par le fait de maladies à caractère infectieux. Nous en excluons bien entendu, les intoxications produites par des substances toxiques, telles que l'alcool, la morphine, etc., bien que, ainsi que nous le verrons plus tard, il existe une certaine analogie symptomatologique entre les phénomènes mentaux dus à une auto-intoxication ou une infection et ceux dus aux agents toxiques directement ingérés.

Nous espérons que cette manière de voir sera comprise et qu'on nous approuvera d'avoir ainsi étendu la question à ses frontières naturelles, nonobstant les lacunes forcées résultant de cette extension.

Pour mettre un peu d'ordre et de clarté dans la présentation des nombreux documents que nous avons à signaler, nous suivrons le même principe que dans l'exposé historique et nous examinerons successivement : 1° les faits d'ordre chimique et expérimental ; 2° les faits d'ordre clinique ; 3° les faits d'ordre thérapeutique.

I.

FAITS D'ORDRE CHIMIQUE ET EXPÉRIMENTAL

1° Analyses chimiques.

Urine. — L'étude de la composition chimique de l'urine et du sang chez les aliénés n'a qu'une importance relative dans le problème de

l'auto-intoxication, car elle ne peut donner à cet égard aucune notion précise en dehors des recherches expérimentales. Il n'est pas inutile, cependant, de rappeler que ces deux liquides de l'économie, généralement pris comme révélateurs de l'état de toxicité, subissent dans les maladies mentales des variations de composition plus ou moins notables, qui doivent au moins dans certains cas, correspondre à des variations similaires du pouvoir toxique.

Principes normaux de l'urine. — En ce qui concerne les éléments normaux de l'urine, et en particulier l'acide phosphorique et l'azote, le professeur Mairet, reprenant les analyses de Bence Jones, Sutherland, Beale, Lombroso, Lailler, Mendel et Wood, est arrivé comme on sait, aux conclusions suivantes : (1)

Manie. — Pendant les périodes d'agitation, l'azote et l'acide phosphorique uni aux alcalis sont augmentés ; pendant les périodes de dépression, de rémission et de convalescence, ces deux substances sont diminuées. L'augmentation de l'azote et de l'acide phosphorique uni aux alcalis est donc intimement liée, dans la manie, à l'élément agitation. On peut en déduire que l'agitation maniaque suractive la nutrition générale, tandis que l'état de dépression maniaque la ralentit. Pendant la période d'agitation, l'acide phosphorique uni aux terres est augmenté ; il en est de même pendant les périodes de dépression, tandis que cet acide est diminué pendant les états de rémission et de convalescence. D'où il suit que l'augmentation de l'acide phosphorique uni aux terres ne se lie pas exclusivement à l'agitation, mais aux troubles cérébraux proprement dits. La manie, dans les périodes d'agitation et de dépression, augmente donc les échanges nutritifs qui se passent au sein de la substance nerveuse.

Lypémanie. — Le chiffre de l'azote rendu par vingt-quatre heures est diminué. — Le chiffre de l'acide phosphorique uni aux terres est augmenté. — Le chiffre de l'acide phosphorique uni aux alcalis est diminué. — Le chiffre de l'acide phosphorique total, ou bien se maintient dans les limites inférieures de la normale, ou bien est faiblement diminué. — Les rapports entre l'acide phosphorique et l'azote sont normaux. — Le rapport entre l'acide phosphorique uni aux terres et l'azote est augmenté. — Le rapport entre l'acide phosphorique uni aux alcalis et l'azote est diminué. — Le rapport entre l'acide phospho-

(1) A. Mairet : Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique. Paris, 1884. G. Masson.

rique uni aux terres et l'acide phosphorique uni aux alcalis est considérablement augmenté (de 63 à 103 °/₀ au lieu de 32 à 44 °/₀). Cette particularité pourrait servir de caractéristique à la lypémanie. Il suit de là : 1° que la lypémanie augmente les échanges nutritifs qui se passent au sein de la substance cérébrale ; 2° qu'elle ralentit la nutrition générale.

Idiotie. — Lorsque l'idiotie est considérable, le chiffre d'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote est diminué. — Lorsque l'idiotie est moins complète, le chiffre de l'acide phosphorique et de l'azote est compris dans les limites inférieures de la normale.

Démence. — La démence diminue l'élimination de l'azote, de l'acide phosphorique uni aux terres et de l'acide phosphorique uni aux alcalis.

— De son côté, le Dr Johnson Smyth (1) a résumé ainsi qu'il suit la composition de l'urine dans diverses formes d'aliénation :

	QUANTITÉ D'URINE en c. c. par jour.	TOTAL DES SOLIDES en gr. par jour.	URÉE en grammes.	ACIDE URIQUE en grammes.	CRÉATININE en grammes.	CHLORURE DE SODIUM en grammes.	ACIDE PHOSPHORIQUE en grammes.
État de santé.......	1356,2	37,8	23,2	0,9	1,3	9,0	1,2
Mélancolie.........	1295,8	38,87	25,94	1,8	»	»	1,65
Épilepsie..........	1526,8	36,8	25,17	2,1	»	»	2,19
Démence secondaire.	408	34,8	20	2,0	2,9	»	0 69
Paralysie générale..	1578	47,0	26,0	3,1	3,3	»	1,6

D'où il suit : 1° que la quantité d'urine excrétée est supérieure à la normale dans la paralysie générale et dans l'épilepsie, inférieure dans la mélancolie et la démence secondaire ; 2° que le total des solides est surtout augmenté dans la paralysie générale ; 3° que le chiffre de l'urée est légèrement en excès dans les psychoses, excepté dans la démence ; 4° que l'acide urique est notablement au-dessus de la moyenne physiologique d'abord dans la paralysie générale, puis dans l'épilepsie et dans la démence ; 5° que la créatinine est également plus considérable dans la paralysie générale et la démence ; 6° enfin qu'il

(1) Johnson Smyth : An Inquiry into the Blood and Urine of the Insane (The Journal of Mental science, october 1890).

semble y avoir un léger excès d'acide phosphorique dans l'épilepsie, mais que ce principe diffère très peu de la normale dans les autres affections.

— M. Lailler, pharmacien de l'asile de Quatre-Mares, qui, depuis 25 ans, a fait de très nombreuses analyses de l'urine des aliénés, est arrivé pour la paralysie générale aux résultats suivants : (1)

Dans les états de dépression et d'hypocondrie du début, les malades mangent beaucoup et éliminent peu. — Dans les états de mélancolie plus aiguë, ils éliminent beaucoup, bien qu'ils se nourrissent insuffisamment. — Dans les états d'exaltation, si la dépense est encore exagérée, elle est largement compensée par les recettes. — Dans la période ultime, la somme des déchets est considérablement accrue. — Les paralytiques généraux dont les facultés intellectuelles semblent être portées au paroxysme de l'activité, n'émettent pas, contrairement à ce qu'on pourrait croire, une quantité d'acide phosphorique supérieure à la normale. — Le diabète proprement dit ne s'est jamais rencontré dans la paralysie générale confirmée.

— Dans un travail très intéressant, récompensé par l'Académie de médecine (prix Falret 1890) (2), MM. Mabille et Lallemant ont établi par de nombreuses analyses, que la folie en général et en particulier les folies diathésiques étaient liées à un vice de la nutrition, se traduisant par des troubles divers de la sécrétion urinaire. Voici d'ailleurs leurs principales conclusions : « Avec la plupart des auteurs, nous admettons que dans la manie, il peut y avoir une légère augmentation de l'urée et des matières fixes et peu de variations dans la quantité d'acide phosphorique ; nous avons plutôt noté de l'hypophosphaturie, parfois aussi une élimination d'acide urique au-dessous du taux normal.

» Dans la mélancolie en général, les urines sont rares et leur densité s'en trouve accrue. Le plus souvent, il y a diminution de l'acide phosphorique total, ainsi d'ailleurs que les recherches de Sutherland et de Mairet l'avaient démontré. D'habitude aussi, l'urée descend au-dessous de la moyenne physiologique.

» Les résultats sont plus tranchés lorsqu'on s'adresse à cette catégorie spéciale d'aliénés dont les ascendants sont notoirement atteints de goutte, de diabète, d'arthritisme en général, ou qui sont eux-

(1) A. Lailler : Considérations sur l'urine des aliénés atteints de paralysie générale progressive (Congrès français de médecine mentale. Session de Rouen, 1890).

(2) Mabille et Lallemant : Des folies diathésiques. Mémoire couronné par l'Académie de médecine. Prix Falret 1890. (Masson, éditeur, 1891.)

mêmes sous l'influence d'une diathèse. Chez tous ces malades, on constate le ralentissement de la nutrition que vient traduire le faible chiffre de l'urée et l'excès d'acide urique. Leur folie qui est parfois de la manie, presque toujours de la mélancolie avec conscience, *procède par accès* suivis de périodes de calme pendant lesquelles on pourrait les croire guéris. Leurs urines sont denses ; il y a chez eux *hypoazoturie, hypophosphaturie.* Le chiffre de l'acide urique éliminé est tantôt normal, tantôt au contraire *très élevé ;* il semble que l'organisme procède par *décharges.* Les périodes de décharges d'acide urique précèdent et annoncent en général le retour à la raison. »

Quant à l'interprétation de ces faits, les auteurs bien qu'ayant tendance à croire à l'action primordiale du système nerveux dans la production des troubles de la nutrition, n'en admettent pas moins que les troubles de la nutrition, une fois constitués, réagissent sur l'individu par un processus analogue à celui qu'on observe dans les intoxications, et que cette réaction vient s'ajouter aux autres phénomènes qui sont le propre de la diathèse, tels que la congestivité ou la tendance à la fluxion à localisations variables. C'est là, on le sait, la thèse soutenue également, au point de vue nosologique, par d'autres auteurs, M. le professeur Pierret, M. le professeur Lemoine et M. Charpentier.

— Mazocchi, se plaçant à un point de vue plus spécial, a étudié l'excrétion de l'acide urique dans les formes de dépression mentale (1). On connaît déjà l'influence importante jouée par l'acide urique dans les maladies du système nerveux, en particulier dans la migraine arthritique et l'épilepsie. Haig a démontré notamment, que la migraine arthritique était proportionnelle à la quantité d'acide urique contenu dans les urines, par suite dans le sang, et qu'on pouvait pour ainsi dire à volonté, alléger ou supprimer la migraine ou la provoquer par l'administration d'acides, qui diminuent l'excrétion de l'acide urique dans les urines en diminuant l'alcalinité du sang, ou d'alcalis qui augmentent au contraire cette alcalinité. Il a également démontré que l'épilepsie, dont les relations pathogénétiques avec la migraine ont déjà été mises en lumière par d'éminents nosologistes, s'accompagne toujours d'une augmentation d'excrétion d'acide urique dans l'état de dépression psychique qui suit l'attaque et inversement d'une diminution dans la période opposée d'exaltation qui, d'habitude, la précède.

(1) E. Mazocchi : L'acide urique dans les formes de dépression mentale. (Rivista sperimentale di freniatria et di medicina legale, vol. 18, fasc. 2, 1892.)

S'appuyant sur ces données, Mazocchi a recherché chez un certain nombre de lypémaniaques, la quantité d'urée et d'acide urique contenus dans les urines, en se plaçant dans les meilleures conditions possibles d'analyse. Il a constamment trouvé que dans les périodes de mélancolie les plus graves, les urines étaient chargées d'urates avec excès très notable d'acide urique et augmentation de ses rapports avec l'urée, tandis que dans les périodes d'apaisement relatif, les urines ne donnaient pas, en se refroidissant, une égale quantité d'urates et présentaient une faible proportion d'acide urique dont le rapport avec l'urée se trouvait diminué. L'auteur conclut finalement de ces résultats, qui se rapprochent comme on le voit de ceux obtenus par MM. Mabille et Lallemant, que : 1° dans certaines formes de mélancolie, il existe une augmentation absolue ou relative de l'acide urique dans l'urine et dans le sang ; 2° il n'est pas probable que cette augmentation soit un simple effet de la dépression mentale ; 3° quand même on ne voudrait pas accorder à l'acide urique la valeur de coefficient, il est nécessaire de lui reconnaître celle de cause aggravante du processus morbide.

Eléments anormaux de l'urine — Ce n'est pas uniquement dans ses principes normaux que l'urine peut être modifiée dans la folie. On y rencontre aussi dans certains cas, des éléments anormaux, en particulier de l'albumine et du sucre. Nous n'avons pas à insister ici sur ce sujet et nous nous bornerons à mentionner simplement parmi les auteurs ayant récemment traité la question : Mabille (1885) (Observation de lypémanie avec albuminurie) (1) ; Turner (1887) (Albuminurie chez les aliénés (2) ; Campbell-Clark (1886-1887) qui, s'appuyant sur quarante-trois cas de folie puerpérale, qu'il attribue pour une large part à la toxémie, a trouvé de l'albumine chez plus des deux tiers des malades (3) ; Koppen (1888), pour lequel l'albumine serait surtout fréquente dans les délires liés à une néphrite chronique, à l'artério-sclérose, dans le délire aigu, la paralysie générale, l'épilepsie, et se présenterait soit sous sa forme habituelle, soit sous la forme de propeptone (semi-albuminose ou paralbumine) (4) ; Dieulafoy (5), et

(1) Mabille : Observation de lypémanie avec albumine (Annales méd. psychol. 1885, n° 2).
(2) Turner : Albuminurie chez les aliénés. (British méd. Journ. 1885.)
(3) Campbell-Clark : Folie puerpérale (The Journ. of mental science, 1886-1887.)
(4) Koppen : Albuminurie dans les psychoses. (Archiv. für Psych., 1888.)
(5) Dieulafoy : Pathologie interne (Urémie). — Folie brightique. (Société médicale des hôpitaux, 1883-1885.)

Raymond (1), d'après lesquels, dans certains cas de folie, l'état mental suivrait exactement les fluctuations de l'albuminurie ; Marro (1888), qui dit avoir constamment rencontré la peptonurie chez les déments paralytiques au point qu'il fait de ce signe un caractère pour ainsi dire permanent (2) ; Gadziatcki (1893), qui confirme que la glycosurie est très rare chez les aliénés et qu'on ne la rencontre guère qu'exceptionnellement dans la paralysie générale, tandis que l'albumine est au contraire assez fréquente (32 °/° des malades observés par l'auteur), surtout dans les affections mentales liées aux altérations de la nutrition générale de l'organisme (paralysie générale, démence secondaire et démence sénile) et dans les maladies mentales avec forte excitation et troubles moteurs (épilepsie et delirium tremens), alors qu'elle ne s'observe guère dans les psychoses aiguës (manie, mélancolie, délire, hallucination) (3).

— En dehors de l'albumine et du sucre, on a encore trouvé d'autres éléments morbides dans l'urine des aliénés. Adler y a signalé l'oxalurie (4). Marro, reprenant les recherches antérieures de Laehr (5), Rivano (6), etc., a trouvé de l'acétone en quantité marquée dans le délire aigu avec hallucinations terrifiantes, et il considère cette acétonurie comme consécutive à des troubles non encore bien déterminés du système nerveux, peut-être, ainsi que le croit Albertoni (7), comme le résultat de l'influence de la peur sur le système nerveux ganglionnaire, d'où sa coexistence, au point de vue clinique, avec les hallucinations terrifiantes (8). Cependant, de Bœck et Slosse, dans un travail plus récent, basé sur des analyses sérieuses et contrôlées d'après des procédés multiples, ceux de Lieben et de Cunning notamment, arrivent à des résultats opposés. Ils concluent que l'acétonurie ne peut être considérée comme une cause d'auto-intoxication dans la folie, attendu d'une part qu'il existe une acétonurie physiologique dont l'importance dépend de la richesse de l'alimentation en substances azotées, d'autre part, qu'on trouve aussi de l'acétone chez tous les aliénés, sans que

(1) Raymond : Délire survenu dans le cours des néphrites chroniques. (Archiv. générales de médecine, 1880-1882).

(2) Marro : Peptonurie dans la paralysie générale. (Neurol., centralblatt, 1888.)

(3) Gadziatcki : Présence du sucre et de l'albumine dans l'urine des aliénés. (D'après Targowla, Tribune médicale, 6 avril 1893.)

(4) Adler : De l'oxalurie daus ses rapports avec certaines formes d'affections nerveuses. (New. Neurolog. soc., 3 janvier 1893.)

(5) Laehr : Acétonurie chez les aliénés. (Allg. Zeitsch. f. psych., XLII, 1885.)

(6) Rivano : Acétonurie chez les aliénés. (Annal di freniatria, 1888, I.)

(7) Albertoni : Expériences sur la toxicité de l'acétone. (Archiv. ital. 1884.)

(8) Marro : L'acétonémie comme cause fréquente de mort chez les aliénés. (Annal. di Freniatria, 1889.)

cette acétone ait aucune signification pathologique, ou soit en rapport avec l'état mental des malades (dépression, agitation, peur, hallucinations). La seule indication retirée par eux de leur analyse, c'est que la quantité d'acétone augmentant considérablement dans l'inanition, ils considérent comme utile de commencer l'alimentation artificielle chez les sitiophobes, lorsque la quantité d'acétone urinaire augmente dans de grandes proportions (1). Lailler (2), reconnaît également que la présence de l'acétone dans l'urine des aliénés est sans valeur au point de vue de la pathologie mentale, parce qu'on en trouve à l'état de santé comme en l'état de maladie. Cristiani (3), lui, n'a rencontré l'acétone, comme la glycose et l'albumine, que chez les aliénés atteints de diarrhée par dégénération du plexus solaire.

— Pour en terminer avec cette énumération, nous dirons que Vassale et Chiazzi ont constaté la grande fréquence des cylindres hyalins dans les urines des différents aliénés. Ils ont remarqué que leur nombre augmente dans l'excitation, tandis qu'ils diminuent ou disparaissent quand l'excitation cesse. Les cylindres hyalins, proprement dits et granulés, ne sont pas caractéristiques de la néphrite. Souvent, il faut voir un symptôme d'aggravation de la psychose, dans ce fait que les cylindres hyalins granulés viennent remplacer les cylindres hyalins du début. Les auteurs croient que ces cylindres viennent du sang, modifié par l'agent toxique de la psychose (4). Pouchet (5), de son côté, expérimentant sur de grandes quantités d'urine, a isolé des alcaloïdes dans l'urine des aliénés à délire apyrétique.

Ces jours derniers enfin, M. Ballet, rapportant à la société médicale des hôpitaux de Paris un cas de délire vésanique lié à des troubles de la nutrition, signalait en même temps qu'une hypertoxicité de l'urine chez la malade, la présence dans ce liquide d'une ptomaïne à caractères particuliers, révélée par l'analyse chimique (6).

Sang. — Ce qu'on a fait pour l'urine a été tenté également pour le sang ainsi que pour quelques secrétions et excrétions digestives chez les aliénés et on a cherché à déterminer les modifications de composition subies par ces facteurs organiques dans diverses formes de folie.

(1) J. de Bœck et A. Slosse : De la présence de l'acétone dans l'urine des aliénés (Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, 1891, p. 301.)
(2) Lailler : De l'acétonurie chez les aliénés (Annales méd. psychol. mars-avril 1892.)
(3) Cristiani : L'acétonurie, la glycosurie et l'albuminurie dans la diarrhée par dégénération du plexus solaire chez les aliénés (Annal. de psychiatrie, 1893).
(4) Vassale et Chiazzi : Cristaux d'hyaline dans l'urine des aliénés. (Rivista speri. mentale di freniatria et di medicina legale, 1892.)
(5) Pouchet : Alcaloïdes de l'urine (Th. de Paris 1883.)
(6) Ballet : Délire vésanique dans les troubles de nutrition. (Soc. méd. hop., 9 juin 1893.)

Déjà en 1885, dès l'apparition même des travaux du professeur Bouchard, un auteur allemand, Muller (1), soutenait que l'introduction d'éléments dyscrasiques dans le sang est une cause fréquente des troubles fonctionnels du système nerveux, troubles en rapport avec la qualité et la quantité de ces éléments pathologiques. Les intoxications ainsi produites sont: *autogènes* (diabète, cholémie, urémie, etc.) si les éléments toxiques proviennent du dedans, de l'organisme même; *hétérogènes*, si ceux-ci proviennent du dehors (choléra, typhus, variole, syphilis, diphtérie, tuberculose,) outre les empoisonnements par les matières toxiques proprement dites. Il conclut en disant que bien souvent la chimie biologique et l'analyse spectrale seraient à même de nous donner des éclaircissements dans la genèse des affections nerveuses et mentales.

Johnson Smyth (2), cité plus haut, a étudié le sang en même temps que l'urine des aliénés et repris à cet égard les recherches de Gallopain, Raggi, Rutherford, Marphal, Seppili, etc., qui avaient noté l'hypoglobulie et la diminution de l'hémoglobine principalement chez les femmes aliénées et dans la folie pellagreuse. Ses analyses, consciencieuses et multipliées, se résument dans le tableau suivant:

	HÉMOGLOBINE.	GLOBULES ROUGES par mm. cube.	POIDS SPÉCIFIQUE.
Etat de santé	93 %	5,106,000	1,056
Mélancolie	69,7 %	4,684,000	1,057
Epilepsie	62,8 %	4,520,800	1,059
Paralysie générale	68,7 %	4,700,250	1,060
Démence secondaire	53,7 %	4,070,000	1,061

D'où il résulte nettement que chez les aliénés il y a, d'une façon générale, diminution de l'hémoglobine et des globules rouges du sang, tandis qu'au contraire, le poids spécifique de ce liquide s'y trouve augmenté. D'où il résulte aussi que les formes morbides dans lesquelles ces particularités se trouvent les plus marquées, sont par ordre décroissant: la démence secondaire, l'épilepsie, la mélancolie et la paralysie générale. Quant à la proportion comparative des globules blancs et des globules rouges, l'auteur affirme qu'il n'a pas trouvé de variations constantes d'avec la normale.

(1) Muller: Eléments dyscrasiques du sang dans les psychoses. (Neurol., centralblatt, 1885.)
(2) Johnson Smyth: Loco citato.

— Paul Winckler (1891) (1) a déterminé chez un certain nombre d'aliénés le nombre des hématies par le compte-globules de Thomas Zeiss et la quantité d'hémoglobine par l'hémoglobinomètre de Gowers. Il faisait en même temps l'analyse du sang et l'enregistrement du poids du malade.

Dans un premier groupe de douze cas (manie, mélancolie, délire hallucinatoire aigu, hypocondrie, alcoolisme), il a constamment trouvé une quantité d'hémoglobine inférieure à la normale avec diminution plus marquée dans les formes dépressives. En même temps, la qualité du sang présentait des variations fréquentes durant le cours de la maladie et plus spécialement, un abaissement notable de l'hémoglobine et du nombre des globules au moment de l'excitation. En général les variations dans la qualité du sang correspondent aux variations du poids du corps : lorsque la guérison arrive, le sang et le poids du corps s'améliorent parallèlement ; lorsque l'accès se termine par la démence, la qualité du sang baisse tandis que le poids du corps s'élève et que l'état général devient plus satisfaisant.

Dans quatre cas de paralysie générale, l'auteur a constaté les faits suivants : diminution considérable de l'hémoglobine, diminution moindre du nombre des globules. Les variations dans la qualité du sang sont parallèles aux variations du poids du corps. Les attaques congestives diminuent la valeur du liquide sanguin et déterminent l'abaissement du poids du corps. Enfin, de l'examen de cinq cas d'épilepsie, Winckler a conclu : l'accès ne change pas la valeur du sang. Sous l'influence de l'agitation, le nombre des globules et la quantité d'hémoglobine diminuent tous deux. — Une fois la période d'excitation passée, le sang reprend ses qualités normales.

— Krypiakiewicz (1892) (2) poursuivant les expériences de Neussen qui avait démontré que la quantité d'éléments cellulaires éosinophiles du sang augmentait considérablement dans certaines formes de psychoses (folies puerpérales, hystériques), a également constaté que ces éléments s'accroissaient d'une façon notable dans le délire systématisé aigu et dans le délire à caractère sexuel, tandis qu'ils ne variaient pas dans le délire primaire, la paralysie générale, les périodes secondaires des affections mentales. L'auteur n'a pas encore étudié la manie et la mélancolie, mais il croit du petit nombre d'ob-

(1) Paul Winckler : Examen du sang chez les aliénés. (Neurol., centralblatt., 1891.)
(2) Krypiakiewicz : De l'état du sang dans les maladies psychiques. (Neurol., centralblatt, 1892.)

servations déjà faites, pouvoir conclure à une augmentation notable des globules blancs du sang. Il a observé fréquemment aussi chez les aliénés, à un degré parfois très prononcé, de l'oligocythémie et de l'oligochromémie, en même temps que de la micro et de la poilocythose, au point qu'on pourrait croire parfois à l'existence d'une anémie pernicieuse.

— Agostini (1892) (1) a examiné le sang de deux cents aliénés, au point de vue de sa résistance globulaire à la solution, appelée *isotonie* par Hamburger. Il a trouvé que dans beaucoup d'états maniaques, le pouvoir isotonique est sensiblement diminué, la proportion d'hémoglobine inférieure à la normale et le nombre de globules rouges presque physiologique. Dans la folie dépressive, l'idiotie et la démence post-hémiplégique, l'isotonie est légèrement inférieure, l'hémoglobine plus ordinairement et plus sérieusement amoindrie, le pourcentage de l'hypoglobulie sensiblement augmenté. Dans les formes toxiques, en particulier dans la pellagre, ces conditions sont plus évidentes encore, sauf quelques cas exceptionnels. Dans la folie paralytique typique, le pouvoir isotonique est peu altéré tandis que l'hémoglobine et le nombre des globules normaux y sont diminués, surtout dans les périodes d'excitation prolongées de la maladie. Chez les imbéciles, les épileptiques, les hystériques, les paranoiaques et les déments, le pouvoir isotonique, la richesse globulaire et l'hémoglobine varient seulement entre les limites physiologiques dans la majorité des cas.

— Whitmore Steele (1893) (2), étudiant le sang et l'effet du traitement tonique systématique dans la mélancolie, a conclu ainsi qu'il suit : 1° dans la mélancolie soit aigüe, soit chronique, il y a insuffisance, en général très marquée, dans le nombre des hémacytes, et le pourcentage de l'hémoglobine est réduit à une faible proportion ; 2° la crénatation des hémacytes est considérablement augmentée après le traitement tonique et l'amélioration mentale qui le suit ; 3° le traitement tonique systématique est très efficace dans cette forme de maladie mentale. L'administration du fer seul ou associé à la quinine et à la strychnine, paraît des plus efficaces. Bien que la mélancolie puisse n'être pas causée par un appauvrissement *per se* du sang, cet appauvrissement existe cependant d'une façon constante et, dans la grande

(1) Agostini : Isotonie du sang chez les aliénés. (Rivista sperimentale di freniatria et di medicina legale, t., XVIII, fasc. 3 et 4, 1892.)

(2) Whitmore Steele : Le sang dans la mélancolie et l'effet du traitement tonique systématique. (Américan Journal of insanity, avril 1893, p. 604.)

majorité des cas, l'amélioration des troubles mentaux coexiste avec l'amélioration de la santé générale et de la qualité du sang.

SUC GASTRIQUE. — En 1887, Carl von Noorden, de Giessen, (1) a institué les premières analyses sur les sécrétions stomacales chez les aliénés et en particulier dans la mélancolie. Il trouve que pendant la digestion, l'acidité générale est augmentée; que cette augmentation dépend presque exclusivement de l'acide chlorhydrique et très rarement des acides organiques. Dans aucun cas, il n'a constaté de dilatation de l'estomac.

— En 1888, le docteur Pachoud, (2) médecin de l'asile du Bois de Céry (Suisse) reprend ces analyses et arrive à des résultats à peu près analogues. Il observe dans les états de dépression : l'accélération de la digestion, l'hyperacidité du suc gastrique, l'absence presque complète de débris de viande dans les résidus du filtrage, une quantité suffisante de pepsine, en un mot les symptômes de l'ulcère rond de l'estomac moins l'hématémèse. D'où cette conclusion qu'il y a dans la mélancolie des lésions fonctionnelles des organes sécréteurs produisant une activité exagérée des cellules des glandes de l'estomac et par suite, au point de vue thérapeutique, qu'il faut d'abord neutraliser l'acide par les alcalins et de plus, employer l'excès d'acide à digérer la plus grande quantité d'albumine possible, le faisant ainsi servir à la nutrition et conséquemment, à la guérison de la mélancolie.

— Au congrès international de médecine mentale de 1889, le docteur Bettencourt-Rodrigues (3) serre la question de plus près et bien que ne s'appuyant pas sur des analyses chimiques personnelles, il montre par des arguments probants l'influence des phénomènes d'auto-intoxicature et de la dilatation de l'estomac dans l'étiologie des formes dépressives et mélancoliques. Parmi les causes prochaines et immédiates de la folie, il admet que les auto-intoxications gastro-intestinales occupent une très large place. Il ne se trouve pas, dit-il, une seule observation peut-être de lypémanie, où une altération plus ou moins profonde des fonctions digestives n'ait été signalée. Les bons résultats que souvent on obtient des purgatifs, du lavage de l'estomac (Régis) de tout traitement en un mot qui a pour but de régulariser les fonctions digestives, sont déjà un commencement de démonstration. On a

(1) Carl Von Noorden : Digestion stomacale chez les aliénés. (Archiv. f. Psych. 1887).
(2) Pachoud : De la sécrétion gastrique chez les aliénés, Lausanne, 1888.
(3) Bettencourt-Rodrigues : De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans l'étiologie des formes dépressives et mélancoliques. (Congrès intern. de méd. mentale, 1889.)

signalé des améliorations remarquables et quelquefois même de vraies guérisons à la suite de crises diarrhéiques, des accès de mélancolie jugés par un urticaire, un rash scarlatiniforme, comme si, dans un cas les selles et dans l'autre l'émonctoire cutané se chargeaient de l'élimination du poison. Et pour montrer l'action énergique qu'ont sur les centres nerveux les poisons fabriqués par le tube intestinal, il cite les hallucinations de la vue, l'aphasie, le délire et même le coma observés chez des dilatés auto-intoxiqués et il donne des observations personnelles où des malades ont été guéris de leurs conceptions délirantes rien qu'en faisant l'antisepsie intestinale au moyen du charbon, de l'iodoforme, etc. Le délire aigu ne serait, d'après lui, que le résultat d'une auto-intoxication à son plus haut degré d'intensité.

— Dans une intéressante thèse publiée en 1890 sous l'inspiration de M. le professeur Pierret, le docteur Feyat (1) a repris la question en l'appliquant plus spécialement à la constipation. Après avoir rappelé que de tout temps, la constipation a été reconnue fréquente dans la folie, comme l'indique le premier spécifique usité contre elle, l'ellébore, et comme le prouve l'importance attribuée à la coprostase par certains auteurs tels qu'Esquirol, Berthier, Pierret, il retrace sommairement les découvertes du professeur Bouchard sur la nature et le mode d'action des poisons stercoraux, en insistant particulièrement sur le rôle essentiel joué à ce point de vue par les matières plus ou moins diarrhéiques retenues en amont du bouchon stercoral, chez les constipés. Ses conclusions, du reste, sont les suivantes : 1° Il existe normalement dans le gros intestin, des matières toxiques, comme l'ont prouvé les travaux de l'école moderne. 2° Ces produits toxiques sous l'influence de l'alimentation, de troubles dans les actes de la digestion ou de perturbations diathésiques de la nutrition, peuvent augmenter comme quantité, soit que leur fabrication soit plus active, soit qu'il y ait accumulation par insuffisance des émonctoires naturels ; leur qualité toxique peut être également accrue. 3° La rétention des matières favorise la pénétration de ces toxiques dans l'économie. 4° Ces produits toxiques sont la cause de phénomènes nerveux chez les aliénés constipés. La constipation peut, à elle seule ou sous l'influence de l'hérédité, créer de toutes pièces les troubles mentaux. Dans un grand nombre de cas, elle contribue au moins à les entretenir. L'état mental et l'état de constipation ont très souvent une

(1) Feyat : De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Etude de pathologie nerveuse et mentale (Thèse de Lyon, 1890).

courbe parallèle. 5° Le traitement de la constipation améliore l'état nerveux ou mental, alors que les médicaments réputés actifs vis-à-vis du système nerveux sont restés impuissants. 6° Il est plus important qu'on ne le pense généralement chez les nerveux et les aliénés de veiller d'une façon constante à ce que l'expulsion fécale se fasse normalement. 7° Ces idées ne sont pas nouvelles ; mais il est bon de revenir aux vieilles idées alors que la rigueur de l'expérimentation moderne a corroboré la finesse de l'observation ancienne. 8° Le traitement de la constipation doit être surtout causal et viser l'état général très souvent. L'antisepsie intestinale doit être faite quand il existe des signes d'intoxication. Les purgatifs ne doivent être considérés que comme des évacuants propres à préparer la voie au traitement causal.

Dans un premier travail paru en 1891 (1), et dans un second, publié en 1892 avec Ziehen (2), Leubuscher reprend l'étude du degré d'acidité du suc gastrique chez les aliénés, après van Noorden et Pachoud qui avaient constaté de l'hyperacidité dans la mélancolie et Plaereck, arrivé à des conclusions différentes. Voici ses principaux résultats :

Mélancolie : Résultats contradictoires. Acidité normale, hyperchlorhydrie, hypochlorhydrie. — *Manie* : Dans la plupart des cas, légère augmentation de l'acidité. — *Délire systématisé aigu* : Acidité normale. — *Paralysie générale* : Résultats contradictoires suivant les sujets et même résultats différents chez le même individu suivant les moments. Chez deux malades, le suc gastrique n'a jamais contenu de l'acide chlorhydrique à aucune époque; chez neuf, il n'en a jamais renfermé moins de 1 ‰ ; chez cinq, on en a trouvé plus de 2 ‰ ; chez deux, l'acidité a été toujours normale. Chez la plupart, variations dans la quantité d'acide chlorhydrique stomacal, en rapport avec les aggravations et les rémissions. Hypochlorhydrie définitive dans la troisième période ainsi que pendant les attaques. — *Psychoses alcooliques chroniques* : Quantité normale d'acide chlorhydrique. — *Morphinisme chronique* : Hypochlorhydrie. (Les malades examinés ne prenaient que de petites doses ou avaient même suspendu la morphine. — *Folie épileptique* : Acidité normale. — *Neurasthénie* : Hypochlorhydrie en général, même dans les cas sans gastroxie nerveuse, sans différence notable selon que le malade se trouve en

(1) Leubuscher : Recherches cliniques sur l'excrétion des acides dans les affections nerveuses et mentales. (Neurol., centralbl., 1891.)
(2) Leubuscher et Ziehen : Variations de la quantité d'acide chlorhydrique stomacal dans les psychoses. (Neurol., centralblatt, 1892, n° 30.)

état d'exaltation ou en état de dépression. —Hyperchlorhydrie manifeste dans la *catatonie*, la *stupeur*, qu'elles soient la conséquence d'hallucinations ou la caractéristique de la mélancolie avec stupeur, fait qui explique les résultats obtenus par van Noorden dans la mélancolie.

— Signalons enfin un mémoire de Grabe sur la digestion des aliénés (1), qu'il nous a été impossible de consulter et un autre tout récent d'Agostini (2) sur le chimisme gastrique chez les pellagreux, dont il est intéressant de rapporter les conclusions : 1° L'étude du chimisme gastrique des pellagreux révèle un degré notable d'hypopexie, d'hypochlorhydrie, une condition catarrhale de la muqueuse de l'estomac, une abolition de son pouvoir moteur et de son innervation. 2° Le suc gastrique de ces malades a une réaction faiblement acide au tournesol, rarement il réagit au papier du Congo et au liquide de Günsburg. L'acidité totale varie de 0,10 à 2,20, la moyenne étant 0,82 °°/₀₀. (L'acidité normale physiologique oscille entre 1,80 et 2 °/₀₀ ; l'acide chlorhydrique libre entre 0,25 et 0,50 °/₀₀ ; l'acide organique entre 1,55 et 1,80 °/₀₀ ; l'acidité totale entre 3 et 3,40 °/₀₀ ; la valeur de *a* entre 0,80 et 0,92). Chez les pellagreux, l'acide chlorhydrique oscille de 0 à 0,71, avec une moyenne de 0,16 °/₀₀ ; il s'est trouvé manquant complètement dans la moitié des observations faites et toujours dans des états de diarrhée et de cachexie pellagreuse ; le chlore uni aux matières organiques varie de 0,26 à 1,70, avec une moyenne de 0,58 °/₀₀ ; la quantité de chlorures fixes oscille entre 0,44 et 2,17, soit une moyenne de 1,47 °/₀₀ ; l'acide chlorhydrique total est compris entre les chiffres de 1,50 à 3, c'est-à-dire 2,36 °/₀₀ en moyenne ; la valeur du quotient *a* est de 0,50 à 3,56, en moyenne de 1,60. 3° La digestion stomacale s'accomplit lentement et insuffisamment comme le démontre l'absence ou la faible proportion de l'acide chlorhydrique libre, la quantité restreinte des peptones et du chlore uni aux matières organiques et la diminution de l'acidité ; d'une façon anormale, comme l'atteste la présence de mucus et la production morbide d'acides organiques sous l'espèce d'acide lactique abondant. 4° La faible proportion de l'acide chlorhydrique libre et organique qui s'accentue spécialement dans les périodes de diarrhée et dans la cachexie contre indiquent une diète riche de substances albuminoïdes. 5° Le lavage de l'estomac avec de l'eau salée, l'administration après le repas de l'acide

(1) Grabe: Activité digestive chez les aliénés (St-Petersburger Med. Woch. juill. 1891).
(2) César Agostini : Contribution à l'étude du chimisme gastrique chez les pellagreux. (Rivista sperimentale di freniatria et di medicina legale, 1893, vol. XIX, fasc., 1.)

chlorhydrique, contribuent à améliorer les conditions du chimisme gastrique et par suite des fonctions digestives des pellagreux.

Bile. — Nous croyons devoir signaler ici, pour y revenir plus loin, les récentes études de M. Klippel (1) sur l'insuffisance hépatique dans la folie, décélée par l'épreuve de la glycosurie expérimentale, la présence de certaines matières colorantes dans l'urine, la diminution de l'urée, l'augmentation de l'acide urique, l'état des matières fécales, et surtout l'urobilinurie. La recherche de l'urobiline est très commode et l'usage du spectroscope permet non seulement de la trouver rapidement, car elle possède dans un milieu acide une raie caractéristique à peu près à cheval sur la limite gauche du bleu, mais encore l'intensité de cette raie permet de faire un dosage suffisamment exact pour les besoins de la clinique. En procédant ainsi, M. Klippel a pu voir que les variations d'urobiline correspondaient à des variations concomitantes du délire et que les décharges d'urobiline coïncidaient avec des modifications survenant dans l'état mental du malade : d'où cette double conclusion que le foie influence les troubles psychiques et qu'il y a dans ces cas, nécessité d'une médication agissant sur l'insuffisance hépatique.

2° Recherches expérimentales.

Toxicité de l'urine. — Nous n'avons examiné jusqu'ici que les travaux relatifs aux modifications chimiques des humeurs de l'organisme dans l'aliénation mentale. Nous devons parler maintenant de ceux qui ont pour objet la toxicité de ces humeurs et en particulier celle de l'urine qui, jusqu'à ces derniers temps, est restée à peu près le seul liquide de l'économie soumis aux expérimentations de cette nature. Nous entrons ainsi tout à fait directement dans le cœur de la question.

Le premier expérimentateur qui ait transporté les procédés de Bouchard sur le terrain de la pathologie mentale et étudié par ces procédés la toxicité de l'urine des aliénés est l'un de nous dans sa thèse inaugurale, datant de trois ans (2). Si nous rappelons le fait, c'est que depuis, plusieurs auteurs, même Français, ont omis de mentionner ce travail basé sur vingt-cinq observations d'injection

(1) Klippel : Insuffisance hépatique des maladies mentales. Folie hépatique (Archiv. générales de médecine, août 1892).

(2) Chevalier-Lavaure : Des auto-intoxications dans les maladies mentales. (Thèse de Bordeaux, 1890.)

d'urine d'aliénés au lapin, exactement pratiquées d'après les méthodes du professeur Bouchard.

On sait que l'urine normale, injectée par la voie veineuse chez le lapin, produit les résultats suivants : exophtalmie (non constante), salivation, diurèse, myosis, hypothermie, narcose et coma quand il s'agit de l'urine excrétée pendant la veille, convulsions quand il s'agit de l'urine secrétée pendant le sommeil. De plus l'urine normale possède une toxicité qui diffère suivant qu'elle est de la veille ou du sommeil. Celle-ci convulsivante, tue un kilogr. d'animal avec une moyenne de 35 centimètres cubes ; l'autre, celle de la veille, avec environ 25 centimètres cubes.

Or les résultats obtenus avec les urines des aliénés et notamment des maniaques sont sensiblement différents. Avec celles des maniaques, l'auteur a noté, comme phénomènes principaux : d'abord, ralentissement de la respiration, myosis, quelquefois exophtalmie, puis rhytme respiratoire de Cheyne-Stokes, température tantôt et le plus souvent abaissée, tantôt augmentée, convulsions constantes, cloniques et toniques, avec crampes, secousses des membres postérieurs, et dans certains cas où l'urine n'était plus toxique, convulsions généralisées au moindre attouchement ou au moindre bruit, enfin, mort en opisthotonos, le plus souvent avec trismus. D'une façon générale, la toxicité a été diminuée. C'est ainsi que l'urine du jour s'est montrée en moyenne d'un tiers moins toxique que l'urine normale de jour et l'urine de nuit plus de moitié moins toxique que l'urine normale de nuit ; dans trois cas, même, sa toxicité a été nulle. De son côté, l'urine des mélancoliques a donné : 1° chez un hypocondriaque, l'urine de la nuit des troubles respiratoires, du myosis, de l'exophtalmie, des convulsions et une toxicité moindre que celle des urines normales de la nuit, l'urine du jour les mêmes modifications respiratoires, des convulsions toniques, du coma et une toxicité beaucoup plus élevée que celle des urines normales du jour ou de la nuit ; 2° chez un lypémaniaque simple, les résultats ont été les mêmes avec les urines de la nuit ou du jour : troubles respiratoires, convulsions cloniques, opisthotonos et mort, phénomènes identiques à ceux produits par l'injection d'urine des maniaques, mais en différant par ce caractère essentiel que l'urine du jour a une toxicité normale et celle de la nuit une toxicité double de celle de l'urine normale de la nuit.

Les résultats relatifs à la toxicité de l'urine des aliénés observés, dans ces diverses conditions, sont résumés dans le tableau suivant :

	QUANTITÉ D'URINE EMPLOYÉE POUR TUER 1 KILOGRAMME D'ANIMAL		DÉSIGNATION DES MALADES QUI ONT FOURNI L'URINE
	JOUR	NUIT	
Urine normale en moyenne	**25** cc	**35** cc	
Obs. I........	16 cc3	34 cc9	Mélancolie hypochondriaque.
Obs. II........	61 09	70 43	Maniaque.
Obs. III.......	35 48	12 74	Lypémanie agitée.
Obs. IV.......	58 88	73 52	Maniaque.
Obs. V........	» »	47 02	—
Obs. VI.......	46 28	66 66	—
Obs. VII......	69 38	63 63	—
Obs. VIII......	59 »	» »	—
Obs. IX.......	» »	63 63	—
Obs. X........	52 5	45 31	—
Obs. XI.......	73 3	54 3	—
	URINES DE LA RÉMISSION		
Expér...... 23 / — 24	31 cc81	35 cc09	Maniaque de l'ob. IV
Expér...... 25 / — 26	27 34	25 »	— — VIII

L'auteur conclut de là que chez les aliénés et en particulier chez les maniaques, il y a auto-intoxication et que cette auto-intoxication se produit non par rétention des poisons dans l'organisme comme dans l'urémie par exemple, où le rein n'est plus perméable, mais par production exagérée de certaines substances aux dépens des autres, d'où insuffisance de l'activité fonctionnelle du rein et finalement rétention de l'excès non éliminé des poisons élaborés.

Etant admis que des troubles de la nutrition, que l'autoxication accompagnent certains états de folie, il convient de se demander lequel de ces deux éléments est la cause et lequel est l'effet. M. Chevalier-Lavaure conclut que c'est l'intoxication, aidée bien entendu de l'hérédité, qui provoque la folie, se basant sur l'évolution même de la maladie et la subordination des troubles psychiques aux signes et caractères de l'intoxication.

C'est revenir, comme on le voit, aux théories les plus anciennes sur l'origine viscérale de la folie, la toxicité des humeurs et de la bile, appuyées désormais par des recherches expérimentales et cliniques. Ce que les anciens appelaient la folie sympathique existe bien réellement et n'est autre, dans beaucoup de cas, que l'effet produit sur le cerveau par les poisons fabriqués par un organisme malade dont la

nutrition est troublée. Des recherches ultérieures pourront indiquer quelles sont les substances toxiques qui exercent leur action dans les psychoses par auto-intoxication en général et dans certaines formes en particulier. Pour l'instant, il faut se borner à penser que la mélancolie pourrait être provoquée pas une auto-intoxication d'origine intestinale et la manie par une auto-intoxication plus générale.

En 1891, MM. Raphaël Dubois et Weil (1) présentent au Congrès de médecine mentale de Lyon une note sur « la toxicité comparée de l'urine normale et de l'urine de certains vésaniques. » Les auteurs sans connaître certainement le travail antérieur de M. Chevalier-Lavaure, puisqu'il n'en font pas mention, sont arrivés cependant à la même conclusion, c'est-à-dire à la constatation d'une toxicité moindre dans l'urine des aliénés. Il est vrai que leurs expériences, moins nombreuses et moins complètes, n'ont porté que sur un seul malade, d'une forme psychopathique mal définie, paraissant être un dégénéré à bouffées de délire et d'excitation, et seulement sur les urines du matin. Néanmoins ces urines, injectées à six reprises différentes à des lapins, ont constamment été reconnues moins toxiques que les urines normales : si bien que celles-ci entraînaient la mort immédiate ou ultérieure de l'animal alors que les urines pathologiques étaient parfaitement tolérées. A deux reprises même, des lapins qui avaient été injectés sans grande réaction, quelques jours auparavant, avec des urines pathologiques, sont morts par l'injection d'une moindre quantité d'urine normale, ce qui exclut l'objection de variations de résistance individuelle. Ce résultat est, on le voit, tout à fait comparable à celui obtenu par M. Chevalier-Lavaure. Aussi, MM. Dubois et Weil concluent-ils dans le même sens, que l'urine d'un sujet normal renferme des éléments toxiques qui font défaut dans l'urine de certains vésaniques. Quant à la cause de cette diminution, ils la voient non dans une rétention élective de certaines toxines par le rein, mais dans la destruction rapide de ces substances par l'organisme ou dans un défaut de production lié à la déviation nutritive de l'économie et particulièrement du système nerveux. De même, ils attribuent les phénomènes d'excitation et d'insomnie de leur malade au défaut d'élaboration des substances narcotiques signalées par Bouchard dans l'urine physiologique de la veille, d'où cette conclusion un peu excessive, pensons-nous, qu'il faudrait peut-être donner de l'urine normale ou au moins

(1) Raphaël Dubois et Weil : De la toxicité comparée de l'urine normale et de l'urine de certains vésaniques. (Congrès de médecine mentale de Lyon, 1891.)

ses produits actifs chez les vésaniques à urine peu toxique. Nous croyons que les auteurs sont plus dans le vrai lorsqu'ils déclarent en fin de compte que la thérapeutique vraiment physiologique devra s'efforcer de lutter directement contre les troubles de la nutrition et rendre aux fous les moyens de fabriquer une urine normale.

Presque immédiatement après la note de Dubois et Weil, de Boeck et Slosse (1) publient à leur tour les résultats de leurs recherches sur les urines d'un malade atteint de mélancolie anxieuse avec hypocondrie, examinées au triple point de vue des caractères physiques, des caractères chimiques qui ont révélé une diminution notable de l'urée, des chlorures, des phosphates avec augmentation très sensible de l'acétone urinaire due à l'inanition, enfin des caractères toxiques.

La toxicité des urines du malade, prises à diverses périodes jusqu'à la mort, a présenté des variations notables suivant les moments, mais à l'exception des derniers jours où elle est tombée au-dessous de la normale, elle s'est constamment maintenue plus ou moins au-dessus du chiffre physiologique, le coefficient urotoxique étant en moyenne de 0,88 au lieu de 0,46 comme chez l'homme sain.

Comme M. Chevalier-Lavaure, dont ils ignoraient les recherches antérieures, MM. de Boeck et Slosse ont donc conclu de leurs expériences que l'urine des lypémaniaques était plus toxique que l'urine normale. Comme lui, aussi, ils ont constaté que cette urine possédait des effets toxiques spéciaux, notamment la fréquence des convulsions, des troubles respiratoires et circulatoires et la mort en opisthotonos.

Brugia (2), dans un travail que nous ne connaissons que par une courte analyse du docteur Semelaigne (Revue d'Hypnologie, 1892), étudiant la toxicité des urines chez les aliénés, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'urine des mélancoliques est beaucoup plus toxique que l'urine normale ; beaucoup moins toxique au contraire est l'urine des malades en proie à l'excitation.

2° L'urine des mélancoliques produit des phénomènes de dépression générale : paralysie des extrémités, arythmie du pouls et de la respiration, myosis, anurie, hypothermie de 3 à 4 degrés ; celle des malades agités détermine des spasmes, locaux ou diffus, la mydriase, un abaissement de la température de un degré ou un peu plus. Ces

(1) De Boeck et Slosse : Contribution à l'étude de la toxicité urinaire chez les aliénés. (Bulletin de médecine mentale de Belgique, 1891, p. 428.)

(2) Brugia : Tossicita delle urina nei pazzi. (Riforma medica, nos 218 et 223, septembre 1892.)

différences se remarquent dans les phases alternantes de la folie à double forme.

3° Les extraits alcooliques produisent les mêmes effets ; mais ceux des urines des mélancoliques sont moins dépressifs, parce qu'ils ne renferment pas de sels de potasse.

Il est impossible de ne pas être frappé de l'identité absolue des résultats obtenus par Brugia avec ceux précédemment indiqués par Chevalier-Lavaure. Comme nous l'avions fait déjà, l'auteur italien conclut formellement à l'hypotoxicité de l'urine des maniaques et à l'hypertoxicité de l'urine des mélancoliques. Si l'on songe que Dubois et Weil, de Boeck et Slosse étaient également arrivés de leur côté et isolément aux mêmes conclusions, on ne peut s'empêcher d'accorder une réelle valeur à des expériences si entièrement concordantes. Remarquons en outre que Brugia attribue aussi des qualités toxiques différentes à l'urine des mélancoliques et à celle des maniaques. Sur ce point même il va plus loin et spécifie que l'urine des mélancoliques produit de la dépression générale, tandis que celle des maniaques détermine surtout de la convulsibilité.

Nous avons à parler maintenant d'un travail très important, dont le résumé a été publié dans les annales médico-psychologiques de janvier 1892 sous la mention : « Aliénation mentale par troubles de la nutrition » et qui a paru depuis dans un fascicule à part, extrait du Bulletin de l'Académie des sciences, avec le titre : « Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathologique ». Il a pour auteurs MM. Mairet et Bosc.

Dans ce travail, MM. Mairet et Bosc (1) après avoir conclu de leurs propres expériences que les urines normales de la nuit sont plus toxiques, plus convulsivantes et produisent un affaiblissement plus marqué, tandis que les urines vespérales produisent une somnolence plus nette et que les matières colorantes, aidées par les sels de potassium, sont la cause essentielle de la toxicité de l'urine, indiquent les résultats obtenus par eux relativement au degré de toxicité et aux qualités toxiques des urines d'aliénés de 24 heures, par injection dans les veines du chien, pris de préférence au lapin.

Relativement au degré de toxicité, leurs conclusions sont les suivantes :

Dans toutes les formes d'aliénation mentale, autres que la démence

(1) Mairet et Bosc : Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathologique. (1892.)

sénile, le degré de toxicité de l'urine a été augmenté, mais cela toutefois dans des proportions bien différentes suivant la forme d'aliénation et suivant l'acuité de la maladie. Tandis que la manie sans agitation a une toxicité semblable à celle de l'urine normale, tandis que la stupeur simple et la folie des persécutions ont un degré de toxicité relativement faible, la stupeur maniaque, la lypémanie, la manie avec agitation ont au contraire une toxicité beaucoup plus énergique. Quelle qu'ait été d'ailleurs la forme morbide, le degré de toxicité est surtout en rapport avec l'intensité de la maladie. Il est des cas cependant où le degré de toxicité de l'urine n'est pas lié à l'intensité de la maladie, puisqu'il reste encore très considérable jusque dans la convalescence.

Relativement aux qualités toxiques, les auteurs concluent :

D'une manière générale, les qualités toxiques des urines des aliénés sont les mêmes que celles de l'urine normale pour ce qui concerne toutes les fonctions autres que le système nerveux.

En ce qui concerne le système nerveux, et à côté des symptômes ordinaires, il y a des phénomènes particuliers qui n'existent que dans un groupe spécial de malades, par exemple chez une catégorie de maniaques agités, dont l'urine détermine une hyperesthésie, une hyperexcitabilité musculaire et auditive et un état de convulsibilité qu'on ne retrouve pas avec l'urine normale : à ce point que, dans l'intervalle des attaques convulsives, alors que la résolution est complète, la moindre excitation, un bruit ou un simple attouchement d'un point du corps quelconque, suffisent pour produire des convulsions généralisées. Les effets sont plus spéciaux encore chez les malades atteints de stupeur lypémaniaque dont l'urine détermine chez les chiens injectés une sorte de stupeur, avec inquiétude et apeurement, qui traduit assez bien dans son expression symptomatique la physionomie psychique de l'aliéné. De même, l'urine des lypémaniaques simples donne naissance non seulement à un état de résolution beaucoup plus marqué qu'à l'état normal, mais encore à de l'inquiétude, de l'apeurement et de l'hyperesthésie auditive.

Les auteurs partent de là pour diviser les aliénations mentales en deux classes : 1° les aliénations mentales dans lesquelles l'urine ne fait que reproduire le tableau de l'intoxication par l'urine normale et dont le degré de toxicité est lié au degré d'intensité de la maladie, à l'agitation dans la manie, à la dépression dans la mélancolie. Ce sont les *aliénations mentales névroses*, qui reconnaissent les causes ordinaires des névroses ; 2° les aliénations mentales dans lesquelles

l'urine donne naissance à des symptômes nouveaux et dont la toxicité persiste dans ses caractères principaux alors que l'intensité de l'accès a diminué, jusqu'au retour à l'état normal. Ici la toxicité de l'urine est liée au fond même de la maladie et non à un élément secondaire, à l'acuité comme les précédentes. Ce sont les aliénations mentales relevant étiologiquement de perturbations physiques : maladies infectieuses, puerpéralité, puberté, et par suite du trouble de nutrition commun à toutes ces perturbations, d'où le nom *d'aliénations mentales par troubles de la nutrition,* que méritent ces formes de folie, dont les folies infectieuses, la folie puerpérale, la folie pubérale, etc., sont les types.

Il y a, comme on le voit, deux points différents dans l'étude de MM. Mairet et Bosc : d'une part les conclusions relatives au degré de toxicité de l'urine des aliénés, au sujet de laquelle, ils sont en désaccord avec M. Chevalier-Lavaure et les expérimentateurs précédents puisque, pour eux, la toxicité de l'urine des aliénés est proportionnelle à l'intensité de la maladie qu'elle qu'en soit la forme, tandis que pour les autres cette toxicité, essentiellement liée à la forme morbide, est dans la manie inférieure et dans la mélancolie supérieure à la normale ; d'autre part, les conclusions relatives aux qualités toxiques des urines des aliénés, au sujet desquelles ils confirment en les précisant par des vues nouvelles, les résultats antérieurs de Chevalier-Lavaure, de de Boeck et Slosse et de Brugia, en montrant que les urines des mélancoliques produisent la dépression mélancolique et les urines des maniaques l'excitation chez l'animal soumis à l'injection.

Mentionnons enfin ici l'observation toute récente de M. Ballet dont nous avons déjà parlé (1), et dans laquelle il s'agit d'un cas de confusion mentale avec idées de persécution rattaché par l'auteur à des troubles de la nutrition, non seulement en raison de la forme morbide, qui s'observe surtout dans la convalescence des maladies aiguës, mais encore par le fait de la toxicité urinaire qui se trouvait très augmentée. Une dose de 15 centimètres cubes d'urine par kilogramme suffirait à tuer le lapin au lieu de 40 à 60 centimètres cubes, chiffres d'écart de la moyenne normale. Durant la convalescence, la toxicité diminua très notablement.

Toxicité du sang. — Jusqu'ici, les expérimentateurs, dont nous

(1) Ballet : Loc. cit., 1893.

avons parlé, peu nombreux du reste, n'ont fait porter leurs recherches que sur la toxicité de l'urine des aliénés, étudiée par le procédé d'injection intra-veineuse de Bouchard. Un distingué aliéniste italien, Giuseppe d'Abundo, se basant sur l'intéressant travail de Rummo et Bordoni (1) sur la toxicité du sang humain dans l'état normal et dans certaines maladies, (pneumonie, fièvre typhoïde, malaria, éclampsie) a eu récemment l'idée d'analyser la toxicité du sang des aliénés, estimant que le sang mieux que les excrétions doit attirer les recherches, parce que c'est précisément en lui que se déversent, pour être éliminés, les produits toxiques de l'économie. Le travail de d'Abundo (2), basé sur des expériences très savantes, très minutieuses et très précises dont nous ne pouvons indiquer ici la technique détaillée, a pour objet non seulement la toxicité du sérum sanguin, mais encore, comme corollaire, son pouvoir bactéricide.

De tous les faits cliniques et expérimentaux observés, il ressort au point de vue de la toxicité que : dans la paralysie générale progressive, la toxicité du sang est toujours augmentée, sauf les cas de rémission ou de phase mélancolique. Dans la démence, la toxicité du sang a été constamment trouvée diminuée, et cela d'une façon très marquée. Dans la lypémanie tranquille, la toxicité du sang est notablement diminuée, sauf dans les périodes d'agitation intense et durable, où survient une augmentation du degré de toxicité. Dans la paranoia (folie systématisée) les résultats se rapprochent très sensiblement de ceux des individus normaux, sauf durant les périodes psycho-névrotiques intercurrentes qui, lorsqu'elles sont de nature dépressive, déterminent une diminution de la toxicité du sang et une augmentation lorsqu'elles sont constituées par de l'excitation. Dans la manie et l'excitation maniaque, la toxicité du sérum sanguin est augmentée. Dans l'idiotie, à côté de cas dans lesquels la toxicité du sang est normale, il en existe d'autres dans lesquels cette toxicité est fortement diminuée. Dans l'imbécillité et la folie morale, la toxicité a été trouvée diminuée.

Au point de vue de l'action bactéricide du sang des aliénés déterminée sur le bacille du charbon, il résulte des recherches de l'auteur que, d'une façon générale, le pouvoir bactéricide du sang est augmenté dans les maladies mentales, sauf dans les formes psychopathiques

(1) Rummo et Bordoni : De la toxicité du sang normal et dans les maladies. (Riforma medica, 1889.)

(2) Guiseppe d'Abundo : Sur l'action bactéricide et toxique du sang des aliénés ; recherches cliniques, bactériologiques, expérimentales. (Rivista sperimentale di freniatria et di medicina legale, 1892.)

dépressives dans lesquelles ce pouvoir se montre diminué. Il découle de ce fait que dans les cas où la toxicité du sang est augmentée, le pouvoir microbicide est également accru, ce qui contribuerait en quelque sorte à étayer relativement l'opinion de ceux qui admettent que les aliénés sont moins susceptibles de contracter les maladies infectieuses. Il en découle aussi que dans les formes dépressives, le pouvoir bactéricide est diminué comme la toxicité, ce qui expliquerait, d'après l'auteur, comment dans ces psychoses surviennent parfois des complications, probablement dues à des auto-infections ou à des auto-intoxications.

En face des données obtenues, d'Abundo se demande comme les précédents expérimentateurs, si c'est la maladie mentale qui produit un tel trouble dans l'échange matériel des tissus qu'il en résulte dans le courant sanguin un déversement de produits toxiques plus ou moins grand ou de nature différente, ou bien si la psychose est la résultante naturelle d'un trouble avéré survenu dans les échanges nutritifs par suite de la maladie de quelque viscère, qu'il y ait infection ou influence d'agents toxiques généraux. Il passe ainsi en revue dans une dissertation savante, les arguments principaux à l'appui de l'une et l'autre opinion et finit par conclure que, dans l'état actuel des choses, il est impossible de se prononcer : d'autant que très souvent, il se produit des phénomènes à cercle vicieux pour ainsi dire, comme dans les états mélancoliques, où l'inhibition musculaire, conséquence de la psychose, influe à son tour sur la psychose elle-même par les modifications chimiques qui résultent de cette inertie. On s'explique ainsi d'une part les heureux effets obtenus par Guicciardi, Savage, Needham, à l'aide du massage dans les états de lypémanie et, d'autre part, les résultats en apparence contradictoires constatés par Guicciardi, Percy Smith, qui ont observé que dans quelques cas de stupeur mélancolique, le massage détermine en même temps qu'une notable amélioration physique, la transformation de la psychose, par apparition de crises d'excitation plus ou moins fortes. Il est même très probable que, sous l'influence de conditions actuellement inconnues, certaines périodes intercurrentes d'excitation survenant dans les formes dépressives, reconnaissent comme cause essentielle le déversement dans le torrent circulatoire de produits toxiques accumulés dans les tissus.

Comme autre exemple de phénomènes à cercle vicieux qui, secondaires dans leur origine, prennent à leur tour une grande importance sur la psychose, l'auteur cite encore la constipation qui tout en

accompagnant la maladie mentale, favorise, si elle est prolongée, l'absorption de substances anormales du côté de l'intestin.

En revanche, on voit des folies se développer durant ou après une infection : folie de la fièvre typhoïde, de l'influenza, etc. Dans ces cas, la lutte contre l'agent pathogène infectieux est une vraie lutte cellulaire et la folie résulte de l'entrée dans le torrent circulatoire de produits toxiques qui ont réussi à produire des troubles nutritifs dans des tissus prédisposés. On voit souvent la psychose persister malgré l'élimination de l'agent infectieux et de ses symptômes immédiats, ce qui semble indiquer que cette psychose n'est pas la conséquence directe de l'infection, mais le résultat d'un trouble nutritif secondaire plus ou moins intense et plus ou moins durable. L'évolution de la folie est donc alors subordonnée à l'évolution du trouble nutritif lui-même. Il en est ainsi, d'ordinaire, pour les folies purement toxiques : alcoolique, saturnine, etc.

On peut également établir un rapport très intime entre une lésion par exemple du tube digestif et le développement d'une psychopathie. Il est des neurasthénies et des folies dépressives qui vont graduellement se manifestant à la suite d'une affection des voies digestives et, dans ces cas, on doit admettre comme cause l'absorption des substances chimiques de rebut qui normalement ne se forment pas ou s'éliminent et le fait est démontré par les troubles notables qu'éprouvent même les personnes très robustes à la suite d'une indigestion. Ici on peut réellement invoquer une origine auto-toxique.

Il en est de même pour les psychoses où l'élément étiologique principal a été une souffrance morale, une frayeur. Il suffit de rappeler à cet égard les importantes recherches de Charrin et Roger, exposées par Bouchard au Congrès de Berlin (1890) dans lesquelles en maintenant un lapin pendant quatre heures sur une roue douée d'un mouvement continu, et faisant l'examen bactériologique du sang, on a trouvé ce dernier si riche en microbes qu'une seule goutte donnait lieu au développement de huit cents colonies : la peur et les secousses avaient provoqué un véritable arrêt des centres nutritifs. On peut également invoquer les travaux du même Bouchard, démontrant que les influences nerveuses inhibitoires sont un obstacle au phagocytisme normal qu'accomplissent les cellules lympathiques en lutte avec les microbes, et que la culture du sang des animaux soumis à un refroidissement graduel ou à l'inanition donne naissance à des colonies de bactéries. On peut enfin citer, cliniquement, le cas de fièvres (pyrexies toxiques) d'hystéro-épilepsie et d'épilepsie et de psychoses survenues à la suite

de frayeurs ou en général d'émotions intenses et qui, selon toute probabilité, sont dues à des auto-intoxications.

Toxicité comparée de l'urine et du sang. — Il résulte des travaux de d'Abundo très importants et très précis au point de vue expérimental, que l'étude de la toxicité du sang dans la folie donne des résultats opposés à ceux réalisés par la plupart des expérimentateurs avec l'urine. On y voit en particulier, que dans la manie et les états d'excitation, la toxicité du sérum sanguin est augmentée, tandis qu'elle est diminuée dans la lypémanie et les états de dépression. C'est le contraire de ce que tous les auteurs cités, à l'exception de Mairet et Bosc, ont obtenu pour l'urine. Or ce sont là des résultats contradictoires seulement en apparence : en réalité ils se confirment.

On peut induire en effet *à priori*, que la toxicité de l'urine et la toxicité du sang, chez un même individu, sont ordinairement opposées et que, lorsque pour une raison ou pour une autre, les agents toxiques de l'économie sont éliminés d'une façon insuffisante par le liquide excrémentitiel, ils doivent s'augmenter dans le liquide sanguin. Cette vue théorique semble confirmée par les faits.

C'est ainsi que Tarnier et Chambrelent (1), après avoir constaté chez les éclamptiques que le sérum sanguin était plus toxique que chez l'individu normal, dans la proportion de 6 centimètres cubes et parfois même de 3 centimètres cubes au lieu de 10, moyenne normale, ont essayé de déterminer en même temps, dans quelques-unes de leurs observations, la toxicité urinaire. Ils ont trouvé de la sorte que non seulement cette toxicité était inférieure à la normale, mais encore « qu'elle était presque exactement en raison inverse de la toxicité du sérum. » Par exemple, pour l'une de leurs malades, la toxicité du sérum étant de 3 centimètres cubes, c'est-à-dire trois fois plus considérable qu'à l'état physiologique, le coefficient urotoxique était 0,18 au lieu de 0,46, chiffre admis par Bouchard comme coefficient moyen d'urotoxie.

Ces résultats, quoique encore insuffisants, n'en ont pas moins leur importance. Ils démontrent en effet que dans certaines maladies comme l'éclampsie, où la toxicité de l'urine est inférieure à la normale, la toxicité du sérum sanguin s'élève au contraire d'un égal degré au-dessus du chiffre physiologique : ce qui semble indiquer que la maladie est due dans ce cas non seulement comme l'a nettement soutenu

(1) Tarnier et Chambrelent : Recherches expérimentales sur la toxicité du sang chez les éclamptiques. (Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Bruxelles, 1892.)

M. Rivière dans son travail si connu (1), à une auto-intoxication, mais en plus, à une hypertoxicité du sang par insuffisance d'élimination de poisons.

Il nous a paru neuf et intéressant, dans ces conditions, de transporter ces recherches dans le domaine de l'aliénation mentale et d'y étudier comparativement et parallèlement, au moyen d'expériences précises et variées, la toxicité du sang et celle de l'urine. L'un de nous (2), grâce à la bienveillance de M. le docteur Dauby, Directeur médecin en chef de l'asile d'Aix, qui l'a autorisé à pratiquer ses recherches sur les malades de son service, s'est chargé de ces expériences qu'il poursuit activement depuis deux mois et les résultats obtenus — qui seront complétés et publiés en détail ultérieurement — sont des plus significatifs. D'une part, en effet, ils corroborent les précédentes conclusions de la plupart des expérimentateurs au sujet de l'urine des aliénés, hypotoxique dans les états de manie, hypertoxique dans les états de mélancolie ; d'autre part, ils confirment, au moins en partie, l'idée théorique de la toxicité en sens inverse de l'urine et du sang en montrant que dans les états d'excitation où l'urine est hypotoxique, le sérum sanguin est hypertoxique, et qu'inversement, dans les états de dépression où l'urine est hypertoxique, le sérum sanguin a d'habitude une toxicité un peu au-dessous de la normale. Voici du reste les conclusions tirées de ces nouvelles expériences : 1° Dans les états d'excitation, la toxicité de l'urine est diminuée ; souvent la dose nécessaire pour provoquer la mort est double ou triple de la dose d'urine normale (10 expériences). Les convulsions sont plus rares et moins accentuées que celles qui surviennent à la suite de l'injection des urines de déprimés. Il ne semble pas que la diminution de la toxicité de l'urine soit en rapport avec l'excitation qui existait pendant sa sécrétion. 2° Dans les états d'excitation, la toxicité du sérum sanguin est très augmentée (10 expériences). On peut dire que la toxicité du sérum est *dans une certaine mesure* en proportion inverse de celle de l'urine chez le même individu. La mort de l'animal se produit avec des convulsions violentes et le plus souvent en opisthotonos. 3° Dans les états de dépression, la toxicité de l'urine est augmentée (10 expériences). Cette augmentation ne paraît pas en rapport avec le degré de dépression. Presque toutes les urines pro-

(1) Rivière : Auto-intoxication éclamptique. (Mémoire couronné, société de médecine de Bordeaux, 1888.)

(2) Chevalier-Lavaure : Toxicité comparée des urines et du sang des aliénés. (Recherches inédites.)

voquent de violentes secousses cloniques et toniques. 4° Dans les états de dépression, la toxicité du sérum sanguin oscille autour de la normale. Elle semblerait plutôt diminuée (10 expériences). Il ne semble pas y avoir de proportion entre la toxicité de l'urine et celle du sérum.

Recherches bactériologiques. — Pour en finir avec les récentes recherches expérimentales relatives aux agents toxiques et infectieux dans la folie, nous mentionnerons ici les études actuellement en cours du Professeur Bianchi, de Naples, qui poursuivant ses recherches sur le sang des aliénés, aurait trouvé dans une forme de délire sensoriel aigu un micro-organisme particulier qu'il a pu isoler et dont la culture tue en peu de jours les chiens, démontrant ainsi la genèse infectieuse, bacillaire de la maladie. (1) Le travail du Professeur Bianchi qui devait bientôt paraître avec une planche démonstrative, ne nous est pas encore parvenu et nous devons par conséquent nous borner à le signaler, sans préjuger en rien de son importance, étant donné le caractère si délicat des expérimentations en jeu. Nous ferons cependant remarquer, à ce propos, que ce n'est point la première fois que l'idée de l'existence et de l'action infectieuse d'un micro-organisme dans la folie, notamment dans certaines formes aiguës, se trouve produite. Déjà, en 1881, à une époque où la notion et la recherche des microbes pathogènes était encore bien loin d'être courante, M. Briand (2) soutenait avoir trouvé des bactéries dans le sang des malades atteints de délire aigu, ce qui l'avait amené à considérer cette affection comme ayant sa source dans une altération du sang, dans un empoisonnement de ce liquide, et à la traiter par une médication à la fois antiseptique et antifébrile. Il est regrettable que M. Briand n'ait pas depuis continué ses recherches, comme il en avait manifesté l'intention. Les méthodes expérimentales plus perfectionnées de l'heure actuelle, lui auraient permis de contrôler et peut-être de préciser en les confirmant ses premiers résultats demeurés à l'état d'ébauche.

(1) Bianchi : Communication inédite.
(2) Marcel Briand : Du délire aigu (Th., Paris 1881).

II

FAITS D'ORDRE CLINIQUE.

Les maladies considérées aujourd'hui comme le résultat d'une auto-intoxication ou d'une infection ont de tout temps été reconnues capables de produire des troubles psychiques. Il en est ainsi notamment : des anciennes maladies aiguës, actuellement maladies infectieuses (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, influenza, fièvre puerpérale, etc.) ; des maladies fonctionnelles ou organiques des viscères (estomac, intestin, foie, reins, etc.) ; des maladies diathésiques (arthritisme, impaludisme, etc.)

Les folies par auto-intoxication ou infection ne sont donc pas nouvelles ; elles représentent simplement le groupement nosologique de plusieurs catégories de folies déjà connues, en particulier : les *folies des maladies aiguës*, les *folies sympathiques* et les *folies diathésiques*.

Mais si ces folies étaient connues, au moins dans quelques-uns de leurs caractères cliniques, en revanche les conditions de leur production étaient parfaitement ignorées et sur ce point on en était réduit aux hypothèses les plus hasardées. La folie, habituellement soudaine, violente, transitoire, de la période d'acmé des maladies aiguës ou des poussées aiguës des diathèses, était regardée comme un simple délire fébrile, n'ayant rien de commun avec la folie proprement dite. Quant à la folie de la convalescence de ces mêmes maladies, elle était exclusivement rapportée à l'épuisement, à l'inanition. De même, c'est la vieille théorie de la sympathie qui était chargée d'expliquer les troubles mentaux dus aux affections des viscères, et celle de la répercussion, du balancement, de la métastase qui donnait la clef des accès délirants liés aux diathèses.

Aujourd'hui, la théorie a changé. Il ne s'agit plus de délire fébrile non vésanique, d'inanition, de sympathie, de répercussion et de métastase, en un mot, de causes plus ou moins mystérieuses et scientifiquement inexplicables. Il s'agit d'auto-intoxication et d'infection, c'est-à-dire de l'empoisonnement de l'organisme et par suite du cerveau, soit par des microbes ou leurs produits de sécrétion, soit par des sub-

stances toxiques résultant de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux.

Ce changement de vue, de théorie a eu d'ailleurs pour excellent résultat d'attirer à nouveau l'attention sur des formes de folie encore mal connues, d'éclaircir plusieurs points importants de leur histoire, enfin de préparer les voies en vue de leur réunion dans une grande synthèse nosologique.

Nous ne pensons pas, certes, que l'heure soit déjà venue ni vienne bientôt peut-être de cette synthèse ; mais les nombreux travaux français et étrangers publiés dans ces dernières années nous permettent déjà de rapprocher dans une esquisse d'ensemble, les principales psychoses issues de l'auto-intoxication et d'en faire ressortir les traits généraux. Nous passerons donc successivement en revue, en insistant uniquement sur les travaux et les points les plus directement en rapport avec notre sujet : 1° les folies des maladies aiguës infectieuses ; 2° les folies des maladies des viscères ; 3° les folies liées aux diathèses.

1° Folies des maladies aiguës infectieuses.

Fièvre typhoide. — La folie de la fièvre typhoïde est le type des folies liées aux maladies aiguës infectieuses et elle est, comme l'ont établi Nasse (1), Schlager (2), Christian (3), relativement assez fréquente.

Marandon de Montyel (4) a proposé une véritable classification des délires de la fièvre typhoïde, qu'il distingue en délires pertyphiques, comprenant ceux de la période initiale, de la période d'état et de la convalescence et délires postyphiques, immédiats et médiats. Il est plus simple d'admettre une folie liée au cours de la dothiénenterie ou folie pertyphique et une folie de la convalescence ou folie postyphique.

— *La folie pertyphique* est relativement assez rare. Elle peut éclater dès le début de la maladie, à la période initiale et revêt le plus souvent alors la forme de manie congestive avec violente agitation, c'est-à-dire les caractères du délire aigu. Ce point a une certaine importance pour nous car le délire aigu est, on le sait, le résultat habituel d'une intoxication. Toujours est-il que lorsque le délire éclate au début

(1) Nasse (Allgemeine Zeitsch. für Psychiâtrie, 1870).
(2) Schlager (Œster Zeitschr. für prakt. Heilk. 1857).
(3) Christian : De la folie consécutive aux maladies aigües (Archiv. gen. de med. septemb. et octob. 1873).
(4) Marandon de Montyel : De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie (Annal. med. psychol. 1883).

même de la fièvre typhoïde, il peut en masquer plus ou moins les symptômes et entraîner de ce chef l'internement du malade dans un asile d'aliénés. Ce fait a été signalé depuis longtemps par les auteurs et on en a cité quelques exemples (1). Le plus remarquable assurément est celui que vient de publier il y a quelques jours à peine M. Laroussinie (2). Nous croyons devoir l'indiquer en quelques mots, car il est intéressant à bien des points de vue. Il s'agit d'une jeune fille, entrée d'abord à la Charité pour céphalalgie, insomnie et visions nocturnes datant seulement de la veille puis transférée à l'asile de Vaucluse en raison de son état mental. A l'asile, elle présenta une sorte d'agitation aiguë avec confusion et incohérence extrême des idées, hallucinations, désordre des actes. Au bout d'un mois, concurremment avec une légère amélioration des troubles psychiques, survinrent des symptômes somatiques graves : vomissements, prostration, constipation, ballonnement du ventre, état saburral, hyperthermie (40° 1) ; puis congestion pulmonaire, apparition de deux taches rosées lenticulaires, hypertrophie de la rate, dilatation de la pupille droite, sécheresse des lèvres et de la langue ; enfin état subcomateux, phénomènes ataxo-adynamiques, fuliginosités, petitesse et rapidité extrême du pouls et mort au bout de huit jours, un mois et demi après le début de la maladie. Le diagnostic ne put être fait qu'à l'autopsie qui révéla, en même temps que les lésions classiques de la fièvre typhoïde, l'existence d'une méningo-encéphalite avec adhérences et exulcérations corticales et granulations épendymaires, c'est-à-dire avec les altérations typiques de la paralysie générale progressive. Dans les réflexions intéressantes qui suivent, M. Laroussinie établit que le diagnostic de fièvre typhoïde devenu certain par l'examen post-mortem, avait pu très légitimement rester indécis durant la vie en raison de l'absence de la plupart des signes fondamentaux. Quant aux lésions encéphaliques constatées également après la mort et qui rappelaient de si près la paralysie générale, l'auteur dit : « Cette maladie ne peut cependant avoir existé, ni même avoir été soupçonnée chez Pr... ; non-seulement son âge (18 ans) la rendait fort improbable, mais encore elle n'avait présenté aucun des symptômes propres à la périencéphalite diffuse, et nous n'avons pas vu signaler encore l'existence d'adhérences des méninges dans la fièvre typhoïde. » Il

(1) Motet : Observation de troubles vésaniques masquant le début d'une fièvre typhoïde (Gazette des hôpitaux, 1866).
(2) Laroussinie : Fièvre typhoïde à forme anormale chez une aliénée. (Tribune médicale, 4 mai 1893).

est regrettable que M. Laroussinie n'ait pas songé à rapprocher ce fait si intéressant des cas de paralysie générale ou de pseudo-paralysie générale qui ont été cités soit au déclin de la fièvre typhoïde, soit dans la convalescence d'autres maladies aiguës fébriles, telles que la variole, l'erysipèle, l'influenza ; il eût été certainement amené à se poser la question de la méningo-encéphalite ou paralysie générale infectieuse, soulevée déjà par certains auteurs, comme M. le professeur Pierret et M. Chaslin et à laquelle les recherches présentes sur les psychoses d'origine infectieuse donnent un si grand intérêt d'actualité. Pour notre part, nous pensons que les faits du genre de celui rapporté par M. Laroussinie ne sont pas absolument rares et que, maintenant que l'attention est attirée sur eux, ils ne tarderont pas à se multiplier. L'un de nous se rappelle à ce propos que durant une épidémie récente de fièvre typhoïde, il a eu l'occasion d'observer une jeune fille de 19 ans qui, prise brusquement d'une sorte de délire aigu avec agitation intense, fut placée dans un asile. Au bout de quelques jours, soupçonnant plutôt en raison de la forme délirante et de l'existence de cas multiples de fièvre typhoïde au domicile de la malade qu'elle pouvait être atteinte de fièvre typhoïde masquée par des phénomènes mentaux, on la rendit à sa famille, chez qui elle mourut quelques jours après avec des symptômes très nets de méningite. Il est permis de se demander si, dans ce cas comme dans celui de M. Laroussinie, il ne s'agissait pas d'une méningo-encéphalite infectieuse, développée sous l'influence du poison typhique.

Mais ce n'est pas seulement dans la période initiale de la fièvre typhoïde que peuvent se manifester des troubles psychiques ; ils peuvent également survenir dans la période d'état. Ces délires de la période d'état sont encore mal connus et on en a cité de formes diverses consistant surtout en psychoses aigües avec hallucinations terrifiantes (Thore (1), Christian (2)), idées de persécution (Barié (3)), délire mystique (Chéron (4) Joffroy (5) Barié, Glover (6) ou même délire méningitique (Liebermeister cité par Kræpelin (7), Raymond

(1) Thore : De la folie consécutive aux maladies aiguës (Annal. med. psychol. 1850).
(2) Christian : loc. cit.
(3) Barié : Note sur deux cas de folie avec guérison survenus pendant la période d'état de la fièvre typhoïde (Union médicale, 1877 p. 601).
(4) Chéron : Observations et recherches sur la folie consécutive aux maladies aiguës. (Th. Paris, 1866).
(5) Joffroy : Leçon sur les rapports de la folie et de la fièvre typhoïde (inédite, 15 mars 1891).
(6) Jules Glover : La folie et la fièvre typhoïde (Th. Paris, 1891).
(7) Kræpelin : Ueber den Einfluss-acuter Krankheiten auf die Entschung von Geistes-Krankheiten (Archiv. für. Psychiat. 1881, 1882).

(1)). Glover soutient avec Raynaud (2) que le type ordinaire du délire à la période d'état, chez l'individu non prédisposé, est représenté par un état mélancolique avec délire d'action ou par une stupeur profonde avec excitation mentale considérable. Chez le prédisposé vésanique, il s'agit le plus souvent d'un véritable délire aigu, d'une gravité extrême, avec agitation musculaire, incoordination, crises convulsives toniques et cloniques, albuminurie, collapsus à la période terminale.

Sans nous arrêter à ces états psychopathiques, qui réclament de nouvelles recherches, nous aborderons la question plus importante des *délires postyphiques*. Ici les travaux cliniques ont été plus nombreux et plus concluants. Depuis très longtemps déjà on a constaté que la folie pouvait survenir à la suite de la fièvre typhoïde, soit durant la convalescence, soit plus ou moins longtemps après. Max Simon (3) a relaté deux cas de délire ambitieux survenu dans ces conditions, l'un chez un enfant de quinze ans, l'autre chez un soldat de 23 ans qui présenta en même temps des symptômes de paralysie générale. Sauvet (4) a raconté un fait semblable mais devenu incurable, chez une jeune domestique. Leudet (5) a également rapporté l'observation d'une jeune fille qui, au déclin de la fièvre typhoïde, se mît à déclarer qu'elle avait été adoptée par le Président de la République et parlait de distribuer des décorations. Gubler (6) a cité le cas d'un convalescent de fièvre typhoïde qui présenta des accidents de paralysie et un délire maniaque intense qui dura un mois. Marcé (7) qui reproduit quelques-uns de ces faits en remarquant qu'il y a vraiment quelque chose de spécial et de digne d'attention dans l'apparition d'idées ambitieuses chez les sujets devenus momentanément monomaniaques à la suite d'une fièvre typhoïde, note en outre l'affaiblissement du niveau intellectuel consécutif à des fièvres typhoïdes graves qui peut, dans certains cas, prendre tous les caractères de la démence. Et il résume à l'appui, l'histoire d'une jeune fille de treize ans qu'il vit, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, devenir comme idiote, avec

(1) Raymond : Sur les propriétés pyogènes du bacille d'Eberth, à propos d'un cas de fièvre typhoïde compliqué d'un abcès de la paroi abdominale et de délire aigu (Gazette médicale de Paris.)

(2) Raynaud : Formes du délire de la fièvre typhoïde (Gazette hebdomadaire, 1877).

(3) Max Simon : De la folie consécutive à la fièvre typhoïde et de son mode ordinaire de transmission. (Journ. des connais. med. chirurg. 1844).

(4) Sauvet : Observ. de démence aiguë et de monomanie ambitieuse consécutives à la fièvre typhoïde (Annal. med. psychol, 1845, 1849).

(5) Leudet : Observation de monomanie ambitieuse survenue pendant la période de déclin d'une fièvre typhoïde (Ann med. psychol. 1850).

(6) Gubler (Archiv. med. 1860).

(7) Marcé : Traité pratique des maladies mentales, 1862, p. 135.

amnésie, état gâteux, embarras dans la parole. Quelques semaines d'un traitement tonique suffirent pour amener la guérison. Chedevergne (1) après avoir relaté les lésions trouvées par lui dans les épidémies de fièvre typhoïde de 1862 et 1863, fait remarquer la ressemblance existant entre ses autopsies et la péri-méningo-encéphalite des paralysés généraux. Delasiauve (2) insiste plus nettement encore que Marcé sur l'état de démence apparente dans la folie consécutive à la fièvre typhoïde et à la fièvre intermittente. Pour lui, le phénomène prédominant est l'obtusion mentale ce qui, comme l'avait parfaitement saisi Thore, la rapproche de la démence aiguë d'Esquirol. Il estime que les observations que l'on a rattachées à la manie, à la mélancolie, même à la monomanie, doivent être considérées comme de la *confusion mentale*, l'agitation et la dépression n'étant pas suffisantes pour caractériser la manie ou la mélancolie. Il fait remarquer enfin que quelquefois à la suite de la confusion mentale, il reste certaines impressions délirantes qui survivent à l'amélioration cérébrale et deviennent la base d'un véritable délire partiel décrit aujourd'hui en Allemagne, ainsi que l'observe M. Chaslin, sous le nom de *paranoia aiguë*. Mugnier (3) dit que dans les folies postyphiques on trouve toutes les variétés de délire observées dans la paralysie générale, depuis la démence jusqu'à la monomanie ambitieuse en passant par le délire hypocondriaque. Béhier (4) parle de l'obtusion consécutive à la fièvre typhoïde. Il dit, à propos d'un malade dont il cite l'observation, qu'il était dans un véritable état de démence passagère. Christian (5) a noté le délire ambitieux six fois sur trente-six cas de délire postyphique. Liouville (6) rapporte également un cas de délire ambitieux calme et tranquille survenu chez un jeune homme pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Barbelet (7) dans sa thèse, note la dépression mélancolique, simple ou liée à l'agitation avec hallucinations et l'imbécillité, comme les formes les plus fréquentes de folie postyphique. Griesinger (8) observe que les vrais délires de la convalescence sont en thèse générale de nature dépressive et qu'ils se transforment souvent en manie et en

(1) Chedevergne : cité par Chardon Fleuret, 1863.
(2) Delasiauve : Journal de médecine mentale, 1864, p. 68.
(3) Mugnier : De la folie consécutive aux maladies aiguës (Th. Paris 1865).
(4) Béhier : Leçon clinique (Gazette des hôpitaux, 22 janvier 1870).
(5) Christian : loc. cit.
(6) Liouville : Annales med. psychol. mai 1875.
(7) Barbelet : Essai sur les troubles vésaniques dans la fièvre typhoïde (Th. Paris 1874).
(8) Griesinger : Maladies mentales, trad. Lemattre, 1877.

démence profonde. Kræpelin (1) ramène aux quatre suivantes les formes cliniques observées : 1° idées délirantes isolées ou hallucinatoires ; 2° agitation plus ou moins aiguë ; 3° mélancolie calme, parfois stupide, accompagnée d'idées délirantes ; 4° faiblesse mentale. Tout en faisant à l'hérédité et aux autres causes prédisposantes la part légitime qui leur revient, il n'hésite pas à attribuer les délires initiaux et de la période d'état à l'action directe de l'infection et ceux de la convalescence à l'asthénie produisant des troubles profonds, voire irréparables de la nutrition du système nerveux. Régis (2) insiste particulièrement sur le caractère de pseudo-démence des délires postyphiques. Ils sont constitués, dit-il, par une obtusion intellectuelle extrême et une abolition complète de la mémoire qui impriment aux conceptions délirantes, de quelque nature qu'elles soient, un cachet d'absurdité spéciale. Les malades délirent d'une façon niaise et leur folie rappelle les folies séniles ; on croirait entendre radoter de jeunes vieillards. Il n'y a pas chez eux de systématisation ; ils émettent les conceptions les plus absurdes sans qu'elles se rattachent dans leur esprit à une association d'idées logiquement agencée. Ils parlent de leurs hallucinations, les racontent comme des faits divers, telles qu'ils les subissent, sans chercher à les comprendre ou à les interpréter. Cette stupeur de l'intelligence se reflète sur le visage et le regard paraît hébété. Dans son Manuel pratique de médecine mentale, l'auteur insiste à nouveau sur ce caractère si typique d'obtusion, de pseudo-démence avec absurdité et niaiserie des conceptions délirantes, que l'on observe non seulement à la suite de la fièvre typhoïde, mais encore dans les psychoses de convalescence de la plupart des maladies aiguës, notamment des fièvres éruptives. Marandon de Montyel (3) constate à son tour que les idées délirantes de la folie postyphique revêtent d'ordinaire une fausse couleur de lypémanie ambitieuse. C'est un mélange d'idées tristes et d'idées de grandeurs, émises indifféremment suivant l'occasion ou l'impression du moment. Auguste Voisin (4) rappelant l'observation de Chedevergne sur l'analogie entre certaines lésions de fièvre typhoïde et celles de la paralysie générale, dit que cette analogie devient certaine quand on examine les pièces anatomiques au microscope et il relate un cas type de paralysie générale consécutive à la fièvre

(1) Kræpelin : loc. cit.
(2) Régis : Folie consécutive à une fièvre typhoïde (l'Encéphale, 1881). Manuel pratique de médecine mentale, 2me édition 1892).
(3) Marandon de Montyel : loc. cit.
(4) Auguste Voisin : Maladies mentales, 1883.

typhoïde. Jules Glover (1) qui développe dans sa thèse les idées de M. Joffroy sur la question, soutient surtout cette opinion que si l'infection dans la période fébrile et l'asthénie dans la convalescence sont des causes déterminantes de folie, elles agisssent en vertu d'une prédisposition antérieure et il va jusqu'à dire : « la psychose post-typhoïde ne se produit jamais que chez l'héréditaire. » Quant aux formes morbides, il admet que dans la période fébrile toutes les variétés sont possibles, principalement les délires aigus à caractère mystique et que les psychoses de la convalescence tendent à reproduire l'aspect délirant du cours de la maladie. En ce qui concerne les délires ambitieux de la convalescence, dont il reconnaît la fréquence, il note leur analogie avec les délires ambitieux de la paralysie générale et essaie d'établir entre eux une distinction clinique qui ne paraît pas basée sur des caractères suffisamment réels et importants.

Fièvres éruptives. Erysipèle. Choléra. — Nous nous sommes longuement étendus, à dessein, sur la folie liée à la fièvre typhoïde. Nous ne dirons qu'un mot de la folie des autres maladies aigües infectieuses, dont la fréquence est bien moindre et seulement pour montrer que leurs caractères cliniques sont de tous points analogues.

Nous ne signalerons notamment que pour mémoire la *pneumonie*, dans laquelle le délire de la période fébrile est fréquent avec des caractères et une origine toxiques, alcoolique ou infectieuse. Indiquons cependant la possibilité durant la convalescence, d'états de démence subite, d'obtusion mentale, de stupeur compliquée ou non d'accidents paralytiques (Griésinger (2), Rondot (3).

Dans la *variole*, la fièvre éruptive qui se complique le plus souvent de folie, nous retrouvons les mêmes états mentaux que dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire les délires de la période fébrile et ceux de la convalescence, ou, suivant l'expression de Kræpelin, les psychoses fébriles et les psychoses asthéniques. Les premières d'après cet auteur, sont constituées par de la mélancolie agitée avec excitation psychique, confusion et précipitation dans les idées. Elles sont en général peu durables. Quant aux psychoses asthéniques, celles de la période terminale ou de desquamation répondent en général à la forme mélancolique anxieuse greffée sur des idées délirantes dépressives avec

(1) Jules Glover : loc. cit.
(2) Griesinger : loc. cit.
(3) Rondot : Cas de démence subite compliquant une pleuro-pneumonie (Gaz. hebd. des Sc. med. Bordeaux (1883).

hallucinations, accès d'agitation, tentatives de suicide, sitiophobie ; elles sont habituellement curables (Lagardelle (1), Kræpelin (2), Quinquaud (3). Celles de la convalescence présentent ce caractère particulier, intéressant pour nous, qu'elles revêtent d'ordinaire le type d'obtusion mentale, de pseudo-démence et dans certains cas même, l'aspect de la paralysie générale. Foville (4) a rapporté le cas d'un soldat de 28 ans qui, à la suite d'une variole grave et confluente, eut de l'ataxie générale du mouvement et de l'obtusion intellectuelle, dont il guérit dix-sept mois après. Westphal (5), dans quatre cas de trouble du système nerveux succédant à la variole, a constamment rencontré un complexus symptomatique se résumant ainsi : 1° altération de la voix et de la parole qui devient très lente, traînante, scandée ; 2° altération de l'expression de la physionomie ; 3° ataxie des extrémités à côté d'une sensibilité intacte ; 4° inhabileté et ralentissement des mouvements dans les extrémités ; 5° mouvements saccadés et répétés involontairement ; 6° tremblement de la tête lorsqu'elle n'est pas appuyée ; 7° altération de l'humeur, du caractère, et affaiblissement de la mémoire. Westphal remarque que ces symptômes rappellent à certains égards ceux de la sclérose en plaques ; on peut dire aussi qu'il y a là quelques-uns des traits de la démence paralytique. Au point de vue pathogénique, l'auteur est porté à attribuer ces troubles à l'action directe du virus variolique sur le système nerveux. Il les considère comme durables et d'un pronostic assez fâcheux. Mabille (6) a relaté l'observation d'une démence paralytique survenue à la suite d'une variole et confirmée par l'autopsie. Auguste Voisin (7) enfin, à propos d'un délire mélancolique consécutif à une variole, fait remarquer que la mélancolie des maladies aiguës est de nature éminemment congestive et a de la tendance à se terminer par la périencéphalite et à devenir paralysie générale.

En ce qui concerne la *scarlatine*, nous rappelons que Baillarger (8) a cité l'histoire d'une jeune fille de dix-sept ans qui, pendant la convalescence d'une scarlatine, présenta un délire ambitieux avec hallu-

(1) Lagardelle, cité par Chardon-Fleuret, 1870.
(2) Kræpelin : loc. cit.
(3) Quinquaud : l'Encéphale, 1884.
(4) Foville : Annales med. psychol., 1873.
(5) Westphal : Troubles du système nerveux succédant à la variole et au typhus (Archiv. für Psychiatrie 1871).
(6) Mabille : Démence paralytique à la suite d'une variole (Annales med. psychol. 1883).
(7) Auguste Voisin : loc. cit.
(8) Baillarger : Annal. med. 1879.

cinations qui dura quinze jours. Joachim (1) a récemment rapporté le cas d'un enfant de quatre ans et demi, jusque là bien portant qui, dans la convalescence d'une scarlatine avec complication d'abcès au cou, fut pris d'un accès de fureur transitoire avec hallucinations de la vue, puis collapsus. Rappelant que les cas de psychose post-scarlatineuse ont été observés 14 fois chez l'enfant et 19 fois chez l'adulte, il résume les premiers. Le plus souvent le délire s'est déclaré dans la défervescence et presque toujours aussi il s'est montré sous forme de paranoia aiguë hallucinatoire, d'une durée de 12 heures à 3 semaines.

Dans l'*érysipèle* la folie, assez fréquente, survient soit durant l'état fébrile, sous forme d'un délire aigu avec agitation violente et hallucinations, soit durant la convalescence, sous forme d'exaltation mentale avec loquacité incohérente, hallucinations, obtusion, stupidité et souvent mégalomanie. Comme pour les maladies aiguës précédentes, des cas de paralysie générale post-érysipélateuse ont été cités, notamment par Baillarger (2) et par Bayle (3).

Les psychoses du *choléra*, signalées par Rayer (1832), Muller de Riga (1849), Delasiauve (1849), Woillez (1849), Mesnet (1866), Krœpelin (1881-1882), Ball (1885), etc., présentent les mêmes caractères. Dans la phase de réaction, il s'agit le plus souvent d'une sorte de délire aigu méningitique, analogue aux délires toxiques, et dans la convalescence, de mélancolie avec idées délirantes et hallucinations ou de stupeur. Delasiauve (4) a vu un malade qui présenta du délire ambitieux avec ataxie des mouvements à la suite d'une attaque de choléra, et qui guérit au bout de deux mois. M. Séglas (5), enfin, vient de publier une observation très intéressante de folie post-cholérique à forme de démence aiguë ou stupidité hallucinatoire suivie de guérison et à cette occasion, il résume, après M. Chaslin, les traits généraux de la confusion mentale ou Verwirtheit des Allemands, dont sa malade offrait un exemple typique.

Influenza. — Si l'on en excepte quelques cas rares et isolés, notés antérieurement, ce n'est guère que depuis les grandes épidémies de ces dernières années que les rapports de la folie avec l'influenza ont

(1) Joachim : Ueber Psychosen nach Scharlach ins Kindesalter (Iahrb. f. Kinderheilk. 1889 XXIX, 3.

(2) Baillarger : Annales med. psychol. 1849.

(3) Bayle : Maladies du cerveau, p. 243.

(4) Delasiauve : Influence du choléra sur la production de la folie (Annales med. psychol. 1849.)

(5) Séglas : Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive (Annales med. psychol. mai-juin 1893).

été étudiés. Nous ne citerons, dans le nombre, que les travaux réellement importants. Les premiers de tous à cet égard, en dehors des quelques faits de Becker (1) et de Krause (2), sont celui de Kræpelin (3), l'auteur qui s'est le plus sérieusement occupé des psychoses des maladies aiguës infectieuses, et celui de Ladame (4), qui résume les vues et les conclusions de Kræpelin en même temps que les siennes, d'ailleurs identiques. Comme l'auteur allemand, Ladame commence par distinguer dans les délires des maladies aiguës les délires de la période d'état ou psychoses fébriles proprement dites et les délires de la convalescence, comprenant les délires d'inanition pouvant arriver au délire du collapsus (Weber) (5), et les délires asthéniques (Kræpelin). Il ne croit pas pour ces derniers, à l'influence exclusive de l'anémie, de la dénutrition et estime que « dans un certain nombre de cas, leur pathogénie doit être cherchée dans l'intoxication cérébrale par les produits microbiens ». Etudiant ensuite spécialement les rapports de la folie avec l'influenza, il rappelle quelques observations anciennes de Rush (6), Bonnet (7), Pétrequin (8), cite le cas de Crichton-Browne (9) qui, en 1874, a rapporté un cas de démence aiguë à la suite de l'influenza et mentionne enfin les mémoires de Revilliod (10), et d'Ewald (11), de Berlin qui, à l'occasion de l'épidémie récente, ont étudié les psychoses fébriles ou de la période d'état de l'influenza, insistant sur certains faits où le délire a ouvert la scène morbide avant tout autre symptôme, comme dans la pneumonie, la variole, la fièvre typhoïde, etc. Pour lui, il s'occupe surtout des psychoses consécutives à l'influenza, et particulièrement des psychoses asthéniques vraies, indépendantes des états d'hypocondrie, de neurasthénie et de dépression mélancolique simple qui peuvent survenir à ce moment. Ces psychoses asthéniques, il le démontre, sont tout à fait analogues aux psychoses de la convalescence de certaines autres

(1) Becker : Affection mentale à la suite de l'influenza (Neurol. Centralblatt, 1890).
(2) Krause : Deux cas de folie consécutive à l'influenza (Neurol Centralblatt 1890).
(3) Kræpelin : Psychoses après l'influenza (Deutsche med. Wochenschrift, mars 1890).
(4) Ladame : Des psychoses après l'influenza (Annal. med. psychol. 1890).
(5) Weber : On delirium of acute insanity during the decline of acute diseases (med. chirurg. transactions. London, 1865).
(6) Rush : Inquires and observations. Philadelphie, 1805. On account of the influenca as it appeared in Philadelphia, 1789, 1790, 1791.
(7) Bonnet : Journal de médecine de Bordeaux, 1837, t. V, p. 175.
(8) Pétrequin : Recherches pour servir à l'histoire générale de la grippe de 1837 en France et en Italie (Gaz. méd. de Paris 1837, n° 51).
(9) Chricthon-Browne : Acute dementia (West Riding. lunatic asylum medical Reports, 1874).
(10) Revilliod : Des formes nerveuses de la grippe (Revue médicale de la Suisse Romande, 10 mars 1890).
(11) Ewald : Deutsche med Wochenschrift, 23 janv. 1890.

maladies aïguës, pneumonie, variole ou fièvre puerpérale. C'est un groupe morbide renfermant plusieurs formes qui ont pour caractère l'affaiblissement rapide plus ou moins prononcé des facultés mentales, affaiblissement ou démence primitive qui s'accompagne habituellement, au moins au début, de phénomènes d'excitation cérébrale, surtout de nature sensorielle. Krœpelin a distingué quatre types dans ces états d'épuisement aigu : 1° le délire de collapsus ; 2° la démence ou délire avec stupeur, hallucinatoire (hallucinatorische Verwirtheit) ; 3° la démence ou délire asthénique (asthenische Verwirtheit) ; 4° la démence aiguë ou stupidité. Tous ces types cliniques, en particulier les trois derniers, sont susceptibles de se rencontrer après l'influenza. En dehors d'eux et plus rarement on peut observer les variétés psychopathiques les plus diverses qui sont le résultat direct de conditions individuelles antérieures et n'ont que des rapports d'occasion avec l'influenza. C'est ce qui a lieu notamment pour la paralysie générale, au sujet de laquelle Ladame dit : « La paralysie générale, complètement latente jusque-là, peut éclater subitement après l'influenza, ainsi que Kræpelin l'a constaté, avec le trouble caractéristique de la parole, des lacunes de la mémoire, le délire hypocondriaque absurde et les idées de grandeur ». Et il cite lui-même, mais sans y voir davantage des relations de cause à effet, une observation personnelle de psychose aiguë d'agitation avec confusion mentale, idées de grandeur, lui paraissant annoncer un début de paralysie générale. Comme Kræpelin, il conclut que la grippe n'agit pas seule, sans adjuvants prédisposants et occasionnels ; que d'une façon générale, les psychoses de l'influenza ont un pronostic favorable ; enfin, qu'elles réclament surtout, en raison de l'épuisement des forces dont elles s'accompagnent, une médication roborante et un régime fortifiant.

M. Joffroy (1) a rapporté à la société médicale des hôpitaux de Paris, un cas de délire avec agitation maniaque dans l'influenza, qui mérite d'être rapporté ici en quelques mots. Il s'agit d'un homme de 34 ans qui, durant le cours d'une influenza à complications polymorphes, fut pris d'un délire violent analogue, dit l'auteur, à celui de certaines formes graves de fièvre typhoïde, avec perte absolue de la mémoire, inconscience profonde, mutisme complet, crises d'excitation, hallucinations terrifiantes, parole brève, saccadée et parfois embarrassée comme dans la paralysie générale. Ces troubles persis-

(1) Joffroy : Délire avec agitation maniaque dans l'influenza (soc. med. hop. Paris, 28 mars 1890).

tèrent de jour et de nuit pendant deux semaines ; le dix-huitième jour la fièvre disparut et avec elle le délire, si bien qu'en quelques jours le malade se rétablit et reprit ses occupations habituelles sans conserver de traces de symptômes en apparence si graves. Il s'agit là, à n'en pas douter, d'un de ces cas de confusion mentale hallucinatoire aiguë avec signes de méningo-encéphalite, à rapprocher de ceux que nous avons déjà cités et qui paraissent vraiment appartenir en propre aux psychoses par intoxication et par infection.

Leledy (1) dans sa thèse, en 1891, résume les travaux parus à ce moment. Il conclut que la grippe, comme toute autre maladie infectieuse, peut donner lieu à des troubles mentaux pouvant affecter diverses formes, mais n'offrant aucune symptomatologie spéciale et qu'elle n'agit que comme cause occasionnelle ou adjuvante et non comme cause essentielle. La maladie mentale est due à des altérations dans le cerveau produites par des troubles de la nutrition, de la circulation et par les toxines de l'agent infectieux.

Kirn (2) publie cette même année une importante étude sur la question où il passe en revue les névroses et psychoses de l'influenza, la maladie infectieuse qui en provoque le plus fréquemment, à tous ses stades. En ce qui concerne les psychoses, il distingue : 1° celles de la période fébrile, comprenant (*a*) *les délires fébriles ou psychoses transitoires aiguës*, caractérisées par de l'excitation ou de la dépression, avec illusions, hallucinations, cris, parfois symptômes de méningite, et (*b*) *les psychoses proprement dites* débutant brusquement à l'apogée de la fièvre, se traduisant par des aspects divers, agitation ou dépression, idées mélancoliques, idées de grandeur, ressemblant parfois au délire alcoolique avec lequel il ne faut pas les confondre, se terminant ordinairement au bout de quelques semaines par la guérison ; 2° les psychoses du stade post-fébrile, embrassant toutes celles qui surviennent lorsque la fièvre a cessé jusqu'à trois semaines après, et comprenant (*a*) *la psychose aiguë adynamique* qui correspond au délire de collapsus de Weber et aux psychoses asthéniques de Kræpelin et offre les mêmes caractères ; (*b*) *la mélancolie*, avec tous les degrés intermédiaires entre la neurasthenie simple et la mélancolie la plus intense, se présentant ordinairement avec tendance au suicide, stupeur, refus de nourriture, symptômes cataleptiques, hallucinations et délire terrifiants, insomnie, affaiblis-

(1) Leledy : Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe et de son influence sur les maladies mentales (Th. Paris 1891).
(2) Kirn : Les psychoses d'origine influenzique (Allgemeine Zeitsch. f. Psychiatrie, 1891).

sement de la nutrition, déchéance physique comme à la suite d'une longue affection fébrile, ressemblant souvent aux délires toxiques et finissant d'habitude au bout de six à huit semaines par la guérison ; (*c*) *la manie*, la forme la plus rare, plus curable encore. Kirn note aussi que d'autres états d'aliénation mentale peuvent survenir après l'influenza (folie hystérique, paralytique, paranoia) mais l'influenza ne fait que les décéler, les aggraver, les rendre plus évidents et on ne doit les considérer que comme des psychoses pseudo-influenziques. En somme, l'influenza n'imprime pas aux folies dont elle provoque l'apparition des caractères nettement définis, surtout à celles de la periode post-fébrile. Quant à la cause, Kirn considère que le facteur principal est l'intoxication par l'influenza ; la toxine de l'influenza a une action très défavorable sur le système nerveux. Les psychoses de l'influenza doivent donc jusqu'à un certain point être considérées comme des psychoses par intoxication.

Althaus, (1) en 1892, étudiant également les rapports de la folie avec l'influenza, a insisté sur la fréquence particulière des troubles mentaux dans cette maladie et sur la distinction entre le délire de l'état aigu, qui peut précéder, accompagner ou suivre la fièvre et les véritables psychoses de la convalescence, qui n'ont pas de caractères à elles propres et qui ressemblent à celles observées après la fièvre rhumatismale, la fièvre intermittente ou la fièvre typhoïde, tout en ayant une durée plus longue et un pronostic moins bon. Il a noté six fois sur cent la paralysie générale qui, dans ces cas, a eu constamment une marche des plus rapides et un début assez éloigné des symptômes fébriles. Comme Kirn, il attribue la folie de l'influenza à un virus spécial (grippo-toxine).

Nous arrivons maintenant à une intéressante observation, sommairement indiquée par M. le professeur Pierret au Congrès de médecine mentale en 1892 et rapportée en détail un peu plus tard par M. Paret, son interne (2). Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, qui, à la suite de l'influenza, au commencement de l'année 1890, vit sa menstruation supprimée. En même temps, elle devint sombre, taciturne et ne mangea presque plus. Après une année passée ainsi dans sa famille, le refus d'aliments s'accentuant, elle fut admise à l'asile de Bron, le 27 avril 1891. Elle se trouvait dans une sorte d'état de stupeur avec immobilité, mutisme, sitiophobie nécessitant l'emploi de la sonde,

(1) Althaus : On Psychoses after influenza (The Journal of Mental science, april 1893).
(2) Pierret et Paret : Mélancolie avec stupeur suite d'influenza ; hypothermie ; autopsie ; méningo-encéphalite infectieuse (Lyon médical. 9 oct. 1892.)

amaigrissement progressif, pouls au-dessus de 100, hypothermie d'abord intermittente puis continue et finissant par osciller entre 33°5 et 36°. L'état s'aggrava peu à peu ; il survint de la raideur des membres, des contractures d'abord volontaires et transitoires puis spontanées et permanentes, des escarres, enfin, dans les derniers jours de la vie, de l'excitation légère avec loquacité, plaintes d'avoir froid, oscillations très grandes de température. La malade mourut le 3 mars 1892. L'autopsie révéla des particularités intéressantes. Au point de vue macroscopique, les méninges présentaient au niveau des régions frontales et pariétales une coloration louche ; elles étaient épaissies, mais sans adhérences à la substance corticale. Au point de vue microscopique, M. le professeur Pierret a résumé les lésions ainsi qu'il suit à la société des sciences médicales de Lyon, dans sa séance du 2 juillet 1892 : « A l'autopsie, nous avons constaté, dans les centres nerveux, l'existence de lésions qui, à mon avis, ne laissent aucun doute. Ce sont des lésions caractéristiques des inflammations d'origine microbienne. Ces lésions, dont j'ai donné la description dans la thèse de M. Julliard (1879) et qui, suivant moi, se rencontrent dans toutes les myélites ou les encéphalites infectieuses, sont les suivantes : stase des globules dans les vaisseaux, diapédèse et accumulation de globules blancs dans les gaînes, émigrations lointaines des globules blancs, qui se rencontrent disséminés dans tous les espaces où ils ont accès. Dans la substance blanche comme dans la substance grise, on les observe avec leurs caractères histo-chimiques, tantôt rangés à la file, tantôt formant des groupes. Autour des cellules nerveuses, qui paraissaient avoir souffert le plus dans leur nutrition, on les voit réunis, contrastant par leur vitalité avec la cellule elle-même, au protoplasma trop clair, réticulé, et au noyau déformé qui tend à devenir excentrique. J'irais presque jusqu'à dire que certaines cellules se sont multipliées dans l'espace d'Obersteiner, mais après avoir au préalable perdu leurs caractères de différenciation. Sur des coupes, traitées par l'acide osmique, j'ai pu constater que beaucoup de leucocytes étaient chargés de très fines granulations graisseuses et même, sauf vérification plus délicate, il m'a semblé voir des bacilles très petits dans le voisinage de quelques cellules nerveuses. Quoi qu'il en soit, j'estime que nous sommes en présence d'un cas de méningo-encéphalite infectieuse, due à l'influenza, et c'est ce qui donne à l'observation présente une valeur particulière. »

Dans un mémoire plus récent et après avoir rapporté quelques observations de psychoses consécutives à l'influenza, analogues à ceux

de Kræpelin et Kirn, Krypiakiewicz (1) a fait connaître en détail un cas de paralysie générale latente ayant éclaté brusquement sous l'action de l'influenza. Le malade, âgé de 38 ans, exempt de syphilis et d'alcoolisme, fut atteint au mois de décembre 1888 d'influenza avec céphalalgie intense, mais sans troubles cérébraux. Au sortir de la maladie et après quatre ou cinq jours, il n'entra point en convalescence mais devint mélancolique, incapable de tout travail ; il s'imagina avoir perdu la mémoire et qu'il ne guérirait jamais. Les réactions pupillaires et les réflexes étaient abolis. La maladie fut considérée comme un état neurasthénique. Après une amélioration de plusieurs mois, une rechute survint qui s'accompagna d'excitation, de projets d'ambition et de voyages, de dissipation. Admis en septembre à l'asile d'aliénés, le sujet ne tarda pas à présenter, en même temps que de l'agitation avec générosité exceptionnelle, de l'affaiblissement mental, de l'embarras de la parole, de la parésie faciale gauche, de l'inégalité des pupilles. Dans la suite, la démence et la parésie s'accentuèrent progressivement.

Il reste à se demander, en présence d'un fait de ce genre, quel rôle a pu jouer l'influenza sur le développement de la paralysie générale et si réellement elle n'a eu d'autre effet, comme le croit l'auteur, que de mettre en évidence une paralysie générale jusqu'alors latente. Les exemples déjà nombreux soit de délire de grandeurs simple, soit de démence paralytique et de méningo-encéphalite que nous avons déjà cités comme consécutifs aux maladies aiguës fébriles, nous autorisent à penser que l'action de l'influenza a été plus active, et qu'il s'est peut-être agi ici encore d'un de ces faits de paralysie générale d'origine infectieuse dont l'existence ne saurait rester bien longtemps douteuse, nous semble-t-il. Personnellement, l'un de nous a observé un cas analogue, à cette différence près que le malade était syphilitique et qu'après une phase très nette de confusion mentale post-grippale, accompagnée de mutisme et de mouvements spasmodiques, qualifiée à ce moment faute de mieux d'état neurasthénique avec obtusion mentale, il a progressivement versé dans un état qui se rapproche de la démence paralytique, y compris la malpropreté et le gâtisme.

Pour en finir avec les documents à citer, nous signalerons l'article tout récent de M. Toulouse (2), qui est bien plutôt une revue générale

(1) Krypiakiewicz : Ueber Psychosen nach Influenza nebst Bemerkungen über einen fall von paralysis progressiva (Jakrbücher für Psychiatrie, 1892 X. 1)

(2) Toulouse : Psychoses post-influenziques et post-fébriles. La Confusion mentale. (Gazette des hôpitaux, 30 mai 1893).

sur le délire des maladies aiguës qu'un mémoire spécial sur l'influenza, mais qui n'en contient pas moins certaines considérations utiles à relever ici. L'auteur, comme tous ceux dont nous avons déjà parlé, distingue les délires de la période aiguë et les délires de la convalescence. Les premiers ont pour caractère essentiel, ainsi que plusieurs observateurs et notamment M. Legrain (1) l'ont fait remarquer, de ressembler à tous les délires toxiques et en particulier au délire alcoolique, qui en est le type. Ils sont en effet le résultat d'une intoxication intense. Poisons minéraux, végétaux, animaux, infection, intoxication ou auto-intoxication, voilà bien les causes de ces troubles mentaux à début soudain, à évolution ordinairement rapide et toujours en rapport direct avec la continuité d'action de l'agent toxique ; troubles qui se caractérisent le plus souvent par l'excitation et quelquefois par de la dépression, mais toujours par une grande incoordination dans les idées, qui ne s'associent ordinairement pas pour former des conceptions délirantes de quelque durée et de quelque solidité. On peut donc dire d'une façon générale que les délires qui surviennent durant le cours des maladies aiguës sont des délires toxiques. Les psychoses de la convalescence, qui ne sont souvent que la continuation des délires précédents, peuvent affecter des formes diverses. Cependant, certaines maladies infectieuses graves comme la fièvre typhoïde, l'influenza, les états puerpéraux ou les hémorragies graves sont suivies assez fréquemment d'un état mélancolique avec stupeur et parfois même de stupidité simple simulant la démence, c'est-à-dire de ce que l'on appelle la *confusion mentale*, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, ni de la démence, mais qui tient à la fois des trois états. Plus rarement il y a de l'excitation maniaque ou des délires assez fortement systématisés. Ces psychoses et notamment la confusion mentale, semblent en rapport avec l'adynamie générale de l'organisme, conséquence de la maladie fébrile. « Il se pourrait qu'après la maladie aiguë il restât des lésions somatiques, des troubles dans les fonctions de la nutrition, qui entretiennent les désordres psychiques. Le fait de paralysies générales survenant quelques mois après des maladies infectieuses semblerait indiquer, en effet, que ces dernières laissent quelquefois comme reliquat des dystrophies nerveuses. De même des vices de la nutrition qui se manifesteraient surtout par des symptômes cérébraux, mais susceptibles d'être mis en lumière par des recherches sur la toxicité des humeurs, pourraient être encore un héritage de la maladie aiguë. »

(1) Legrain : Les poisons de l'intelligence (Annal. méd. psychol. 1891-1892).

Telles sont les principales idées développées par M. Toulouse sur les folies des maladies aiguës : elles peuvent se résumer dans le fait de leur origine toxique et de leur manifestation habituelle sous forme de confusion mentale. Partant de là, l'auteur, dans la seconde partie de son mémoire, résume le tableau clinique de ce type morbide, bien décrit à l'étranger, mais qui n'est encore connu en France que par les descriptions récentes qu'en ont données M. Chaslin et M. Séglas. Nous aurons nous-mêmes à en retracer plus loin les traits principaux.

État puerpéral. — Des psychoses liées à des maladies infectieuses aiguës dont nous venons de parler, on peut rapprocher la folie puerpérale, dont les relations pathogéniques et cliniques avec l'auto-intoxication et l'infection ont été plus particulièrement étudiées dans ces dernières années.

De tout temps, on a été tenté de rattacher la folie de la puerpéralité à un trouble des humeurs. Tout d'abord, dans une longue période qui va d'Hippocrate au siècle actuel, on l'attribue, comme tous les accidents des suites de couches, à la rétention des lochies ou du lait sous l'influence d'une sorte de métastase ou même d'un véritable empoisonnement (1). Dans une seconde période, ces théories vagues de la suppression lochiale ou laiteuse sont abandonnées et plusieurs médecins constatent nettement la coïncidence fréquente de la septicémie et de la folie puerpérale, d'où la division proposée de cette dernière en deux groupes : les folies idiopathiques ; les folies symptomatiques produites par l'altération du sang qu'on observe dans les maladies des nouvelles accouchées (Doublet, Scipion Pinel, Burns, Kiwisch, Reidt, Leubuscher, Winckel, Porporati (2). Cependant Marcé (3), dans son important ouvrage, cherche surtout à établir l'importance de l'hérédité et des causes morales comme facteurs étiologiques.

Mais déjà plusieurs auteurs étrangers commencent à insister sur la relation entre les manifestations de l'infection et les troubles mentaux. C'est ainsi que Leidesdorf (4), à propos de deux cas de manie survenue chez des femmes en couche infectées, dit textuellement : Si

(1) Rodriguez de Castro : De universa mulebrium morburum medicina, etc. (Lib. V. cap. 2, 1603)

(2) Voir pour l'historique et la bibliographie de la folie puerpérale la thèse très intéressante et très complète de M. Lallier (1891).

(3) Marcé : Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices (Paris 1858).

(4) Leidesdorf : Ueber die en der Schwangerschaft und in Pueperium auftretenden psychosen (Wien. med. Wochenschr. 1872).

on examine avec soin l'évolution des symptômes dans ces deux cas, on est obligé de considérer les psychoses comme faisant partie des phénomènes de l'intoxication pyohémique ou septicémique ». Furnster, Guido Weber, Arndt, Griesinger, Donal Fraser (1) et Ripping (2), dans son mémoire, comparable à celui de Marcé, émettent des opinions à peu près analogues. Aussi, dans la troisième période ou période actuelle, les recherches portent-elles d'une façon toute spéciale sur l'action de l'éclampsie et de l'infection dans la folie puerpérale.

En ce qui concerne *l'éclampsie*, on a admis depuis longtemps qu'elle pouvait occasionner la folie et des observations ont été rapportées à cet égard par d'anciens auteurs tels que Bœnneken, Gras, Mme Lachapelle, Merriman, Gooch, Esquirol, Hilaire de Rouen, Bibergeil, Sanchez Frias, Sélade, Billod, James Reid, Macdonald (3), ainsi que par d'autres plus récents Spiegelberg, Winckel, Fritz, Fehling et Kehrer, Scanzoni, Karl Brauen, Wieger (4). Tout près de nous, enfin, Lubben (5), Schwegel (6), Olshausen (7) surtout ont repris l'étude de la question et ce dernier même a noté expressément que la psychose éclamptique, qui survient en moyenne dans 6 % des cas d'éclampsie, revêt ordinairement la forme de confusion mentale aiguë hallucinatoire. On s'est demandé si la folie dans ces conditions, n'était pas liée plutôt à l'albuminurie de la grossesse qu'à l'éclampsie et quelques auteurs, comme Donkin, James Young Simpson, Spiegelberg, Winckel, Zweifel, Barker (8), ont cité des cas d'albuminurie de la grossesse avec folie dans lesquels l'éclampsie n'existait pas. Mais d'autre part, l'albuminurie est loin d'être toujours très intense dans la folie puerpérale éclamptique, ainsi que l'a démontré Olshausen et parfois même, elle peut faire totalement défaut. Trousseau (9) et Fritz (10) entre autres, ont relaté des observations absolument démonstratives à cet égard. D'où il suit que l'éclampsie et l'éclampsie à elle seule, comme Fritz l'avait déjà vu, suffit pour déterminer l'apparition de la folie.

(1) Voir Thèse Lallier.
(2) Ripping : Die Geisterstœrungen des Schwangeren, Wœchnerinnen und Saeugenden. Stutt. 1877).
(3) (4) Voir Lallier, loc. cit.
(5) Lubben : Zur Statistik der Puerperal-Psychosen (Th. de Halle, 1872).
(6) Schwegel : Beitrag zu den Psychopathien in Verhaeltniss zum weiblichen Gechlechtsleben (Wchnbl. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 1885, I. 829).
(7) Olshausen : Beitrag zu den puerperalen Psychosen, specielle den nach Eklampsie auftretenden (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. Stuttg. 1891. XXI, 371).
(8) V. Lallier : loc. cit.
(9) Trousseau : Cliniq. méd., 2e édition, 1865. t. II, 138.
(10) Fritz : Quelques considérations sur la pathogénie de l'éclampsie et ses rapports avec la manie puerpérale (Th. de Strasbourg, 1870).

Pour ce qui est de *l'infection*, c'est Holm (1) qui le premier a réuni les éléments d'une statistique raisonnnée. Sur 58 cas, il a trouvé 13 fois des phénomènes infectieux graves et plusieurs autres fois des symptômes d'infection moins sérieux. Campbell-Clark (2) a rapporté aussi une statistique de faits minutieusement observés et parmi les différentes causes qui peuvent provoquer l'explosion de la folie, il n'en est pas qu'il ait trouvé plus fréquemment que l'infection. Sur 40 observations recueillies par lui, le trouble mental a pu être attribué 20 fois à la résorption septique ; 8 fois il y eut de la septicémie caractérisée, 12 fois des inflammations de l'utérus et des annexes. Nous avons déjà eu occasion de dire, dans la première partie de ce travail, que, concurremment avec ces constatations cliniques, Campbell-Clark avait pratiqué chez ses malades, de nombreuses analyses d'urine qui lui ont révélé des modifications pathologiques, notamment une diminution très notable de la quantité, l'augmentation fréquente de la densité, l'existence de l'albumine dans 23 cas, et presque toujours un abaissement marqué de l'acide phosphorique et de l'urée qui descendait en moyenne à 3 gr. 68 par vingt-quatre heures. Mais c'est surtout Hansen (3) qui a insisté sur les rapports de la folie puerpérale avec l'infection. Sur 49 cas de psychoses observées soit à la Maternité, soit à l'Asile d'aliénés de Copenhague, il a pu établir 42 fois l'existence de phénomènes infectieux plus ou moins graves, plus ou moins prolongés, véritables causes déterminantes des troubles mentaux, puisque ceux-ci restaient indépendants de l'évolution du mouvement fébrile. Encore en excluait-il quatre cas, dont trois d'éclampsie puerpérale et un d'infection tuberculeuse. Ces *psychoses d'infection* revêtent d'ailleurs pour Hansen une forme particulière, toujours la même, car 40 fois sur 42, il a observé le type de *confusion mentale hallucinatoire aiguë* (acute hallucinatorische Verwirtheit). En même temps que Hansen, Ernst Meyer (4) a étudié de son côté les psychoses puerpérales fébriles dont il a cité 28 cas relevés à la clinique psychiatrique de Strasbourg, sur lesquels 7 avaient trait à des infections certaines et 5 à des infections probables. Toutefois, il ne rattache qu'indirectement la psychose à la résorption septique, et par la réaction fébrile qu'elle détermine. Savage (5) fait ressortir l'influence de l'éclampsie, mais

(1) Holm : Om puerperalafsindighed (Hosp.-Tid., Kjobenh, 1874).
(2) Campbell-Clark : loc. cit.
(3) Hansen : Ueber das Werhaeltniss zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection (Zeitschr. f. Geburtsh. a Gynœk. Stutt. 1888).
(4) Ernst Meyer : Ueber puerperale Fieberspsychosen (Th. Strasbourg. 1888).
(5) Savage : Puerperal insanity of septic origine (Medical society of London. — Lancet, 1888, II, 1129)

surtout des complications septiques des suites de couches, sur la production de la folie puerpérale. Lorsque celle-ci reconnaît pour cause la septicémie, elle prend l'aspect d'un délire aigu, assez analogue au *delirium tremens*. Barnes (1) admet ces conclusions et ajoute que la folie de la grossesse lui paraît être en général en relation avec l'albuminurie et celle des suites de couches avec les accidents septiques. Plus récemment, Kramer (2) a publié neuf cas de folie puerpérale tirés de la clinique psychiatrique de Prague qui confirment absolument les vues de Hansen. L'infection existait en effet chez les neuf malades et chez toutes, le type du délire était celui de la confusion mentale hallucinatoire. De même, Zweifel, Kehrer, Olshausen et Veit (3) reconnaissent les liens étroits de la folie avec les maladies puerpérales fébriles.

Mais ce n'est pas seulement en Allemagne et en Angleterre que les relations entre ces deux états morbides sont notées et établies. Il en est de même en Amérique, où Hirst (4) et surtout Lloyd (5) s'attachent à faire ressortir leur fréquente et intime association. Les psychoses qui reconnaissent pour origine des infections et notamment celle du puerpérium prennent une forme que Lloyd nomme délire aigu et qui est assez analogue à celle décrite par Hansen.

En France, la plupart des aliénistes sont restés jusqu'à ces derniers temps fidèles aux idées de Marcé sur le rôle prépondérant, presque exclusif de l'hérédité et des causes morales dans l'étiologie de la folie puerpérale et c'est là, en particulier, l'opinion expressément soutenue par M. Magnan et ses élèves (6). Le seul aliéniste français qui ait cherché jusqu'ici à mettre en relief l'influence de l'infection et de l'éclampsie dans la genèse de la folie puerpérale est Edmond Faure (7). Sur les treize observations recueillies par lui à l'asile de Bron, il a constaté six fois des phénomènes infectieux plus ou moins graves. Dans un cas, il a pu recueillir du sang de la malade et du pus pris sur le col utérin. L'examen bactériologique et les ensemencements,

(1) Barnes : Id. Id.
(2) Kramer : Zur Lehre von den Puerperalenpychosen (Prag. méd. Wochenschr. 1889, XIV).
(3) V. Lallier : loc. cit.
(4) Hirst : Transactions of obstetrical society of Philadelphia (Ann. J. Obst. N. Y. 1889, XXII).
(5) Lloyd : Acute delirium ; probably an infectious process (Med. News. Philad. 1891. LVIII).
(6) Garcia-Rijo : Contribution à l'étude de la folie puerpérale (Th. Paris 1879) et Madame de Gorski : Considération sur la folie puerpérale et sur sa nature (Th. Paris, 1888).
(7) Ed. Faure : Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées (Th. Lyon, 1890).

pratiqués par M. Courmont, ont donné les résultats suivants : culture pure de streptocoques avec la pipette chargée de sang ; cultures mixtes de streptocoques et de staphylocoques pyogènes avec les pipettes chargées de pus. Les streptocoques inoculés dans le derme auriculaire de lapins ont provoqué de l'érysipèle.

Quant aux accoucheurs de notre pays, moins exclusivement portés peut-être à voir dans toute folie le résultat presque fatal d'une disposition héréditaire, mieux placés d'ailleurs pour constater et apprécier les désordres locaux, ils n'ont pas hésité à reconnaître la grande part qui revient à l'infection dans la folie puerpérale et presque tous ont recueilli des faits probants à cet égard. M. Bar en particulier, dans une leçon inédite à l'hôpital Saint-Louis, en 1891, a montré par la statistique des cas à lui connus, quelle importance étiologique on devait reconnaître à l'infection ainsi qu'à l'éclampsie dans la folie puerpérale. C'est sous son inspiration du reste que M. Lallier (1) a traité ce sujet en 1892, dans sa remarquable thèse inaugurale qui constitue, à l'heure actuelle, le document le plus intéressant et le plus important que nous possédions sur la question. L'auteur, après un historique très complet de la folie puerpérale, envisagée au point de vue de ses rapports avec l'éclampsie et l'infection, relate cinquante-trois observations, la plupart inédites, dans lesquelles ces rapports sont mis véritablement hors de doute, et existent d'une façon à peu près constante, comme dans celles de Bar, Porak et Doléris. Au point de vue pathogénique, il soutient avec M. Rivière (2), avec Doléris (3), Fochier, de Lyon (4), Combemale et Bué (5), Doléris et Butte (6), enfin Tarnier et Chambrelent (7), que les convulsions éclamptiques sont la conséquence d'une intoxication de la masse sanguine et il pense que la folie éclamptique est due, elle aussi, à cette intoxication. A l'appui de cette manière de voir, il montre que si le délire se rapproche de celui des psychoses par épuisement, il n'en est pas moins voisin de celui qu'on observe dans les intoxications, par exemple de l'alcoolisme, et la rapidité de son évolution, extraordinaire en général (dans beaucoup de cas le trouble mental ne dure pas plus d'un ou deux jours), ne se conçoit pas, si on admet qu'il est causé par un épuise-

(1) Lallier : De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches (Th. Paris 1892).
(2) Rivière : loc. cit.
(3) Doléris : Comptes rendus de la soc. de Biol. 1883.
(4) Fochier : cité par Faure, loc. cit.
(5) Combemale et Bué : soc. de Biologie, 19 mars 1892.
(6) Doléris et Butte : comptes rendus de la soc. de Biologie, 1886.
(7) Tarnier et Chambrelent : loc. cit.

ment, toujours long à réparer. Si la folie brightique est attribuable, comme on est unanime à le penser, à l'intoxication urémique, il n'est pas téméraire de supposer une cause analogue aux folies consécutives à l'éclampsie, maladie si voisine de l'urémie. Lallier croit également qu'on doit expliquer par la toxémie les phénomènes mentaux qui accompagnent l'infection. Les microbes puerpéraux, qui pénètrent dans l'organisme de l'accouchée, fabriquent incessamment des poisons solubles, des *toxines* qu'ils versent dans le torrent circulatoire. Ces toxines, portées au contact des centres nerveux, agissent violemment sur eux et si les unes, modifiant plus particulièrement les centres régulateurs thermiques, donnent naissance à la fièvre, d'autres, altérant le fonctionnement des centres supérieurs, peuvent amener le développement des délires d'infection. A cette cause prépondérante, on peut ajouter l'influence de l'épuisement, mais seulement pour les troubles mentaux survenant au bout d'un certain temps (psychoses d'inanition de Becquet, psychoses asthéniques de Kræpelin). L'auteur ne nie pas pour cela l'hérédité, bien au contraire. « Il est évident, dit-il, que les prédispositions héréditaires ou acquises, rendent les sujets plus facilement vulnérables et les accidents qui, chez un individu sain, n'auraient pas déterminé de désordres psychiques, amènent chez eux l'explosion de folies d'une gravité variable... Cependant, bien que nous soyons porté à accorder à la prédisposition une influence très grande, nous ne pouvons admettre qu'elle soit tout. Si, dans quelques cas, le cerveau est absolument préparé à faire de la folie et s'il suffit d'une cause occasionnelle quelconque, si minime qu'elle soit, pour produire l'aliénation mentale, il n'en saurait toujours être de même. La prépondérance énorme de l'éclampsie et de l'infection parmi les conditions étiologiques de la folie puerpérale, prépondérance telle qu'on la retrouve dans la presque totalité des cas, démontre irréfutablement à notre avis, que ces deux états pathologiques jouissent d'une action particulière dans la production des psychoses et que ce ne sont pas des causes banales qui donnent en général naissance aux troubles mentaux de la grossesse ou des suites de couches ». Les observations personnelles de l'auteur, en ce qui concerne la forme habituelle de la folie puerpérale, lui paraissent venir à l'appui de l'opinion formulée par d'autres auteurs tels que Hansen, Olshausen, Lloyd, etc, d'après lesquels cette folie présenterait le plus souvent les caractères de la confusion mentale hallucinatoire aiguë. Il fait remarquer très judicieusement l'analogie de cette forme morbide avec le *delirium tremens*, ce type des délires d'intoxication

et voit là un argument de plus en faveur de l'origine toxémique de la folie puerpérale. Aussi conseille-t-il avec raison, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une folie puerpérale, pour si pure qu'elle soit en apparence, de rechercher attentivement les symptômes les plus légers de l'infection, et, lorsqu'on les aura trouvés, ce qui arrive presque toujours, d'instituer un traitement dans ce sens au moyen des antiseptiques, sans préjudice bien entendu du traitement symptomatique habituel des complications psychopathiques. On devra même, chez une femme prédisposée aux accidents vésaniques, redoubler de précautions afin d'éviter l'éclampsie ou l'infection, qui pourraient déterminer l'explosion de la folie. Ces moyens prophylactiques seront certainement susceptibles d'agir, car, et c'est là un argument bien probant à l'appui de la genèse infectieuse des psychoses puerpérales, ces folies ont, de l'avis de M. Bar et de plusieurs autres accoucheurs, notablement diminué depuis la période aseptique.

Presque en même temps que Lallier, un auteur russe, Idanof, (1) discutait la question de l'étiologie de la folie puerpérale. Tout en reconnaissant l'importance sur sa production de l'hérédité dont il évalue l'action à 56 % de ses cas personnels et à 35 % d'après l'ensemble des diverses statistiques, ainsi que des causes morales (26 %) et de la première grossesse (32 à 45 %), il insiste surtout sur le rôle de l'infection qu'il retrouve dans 70 % des cas, sans même tenir compte de l'éclampsie, qu'il a observée deux fois.

Sur ces 70 %, 66 % appartiennent à des cas où le foyer de l'infection semble avoir été la matrice ; dans 4 %, il s'agissait des reins. Comme Lallier, l'auteur conclut d'une part à l'utilité des mesures prophylactiques à prendre contre la psychose puerpérale, en préservant la femme prédisposée aussi bien de la sepsine que des émotions morales, d'autre part à la nécessité pour élucider définitivement l'étiologie de la psychose puerpérale, de procéder dans tous les cas où elle se produit, à l'examen gynécologique, trop négligé jusqu'ici par beaucoup d'aliénistes. Signalons enfin, pour terminer, un travail tout récent de Rohé (2) sur l'influence des lésions de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement comme cause de folie puerpérale, dans lequel l'auteur relate quatre cas se rapportant à la rupture du périnée, la dilacération du col, l'état morbide des ovaires et des trompes.

(1) Idanof : Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale (Rapport présenté à la soc. de neurol. et psychiat. de Moscou, 17 janvier 1892. Annal. méd. psychol. mars 1893).
(2) Rohé : De l'influence des lésions de l'utérus et du vagin pendant la parturition comme cause de folie puerpérale (Americ med. assoc. 8 juin 1892).

Dans tous ces cas, on a pratiqué la laparotomie et enlevé les annexes utérins. Deux fois, la guérison des troubles mentaux survint au bout de quelque temps ; les deux autres fois, alors que la folie durait depuis cinq ans, il y eut une grande amélioration. Conclusion : la folie puerpérale est, au moins dans la majorité des cas, une psychose infectieuse. Sans rejeter l'influence des autres facteurs, comme l'hérédité, l'anémie, l'épuisement, le choc mental et les chagrins, une observation rigoureuse démontrera que bien peu de folies puerpérales ont lieu sans être précédées ou accompagnées d'infection puerpérale. La forme clinique la plus fréquente est le délire aigu ou manie aiguë délirante et confuse.

Polynévrite ou Névrite multiple périphérique. — Dans divers travaux parus en 1887, 1889, 1890, Korsakow (1), de Moscou, a décrit les troubles psychiques particuliers observés dans certains cas de polynévrite. Ces troubles affectent tantôt la forme d'une simple irritabilité (faiblesse irritable) de la sphère mentale, tantôt celle d'erreurs relatives aux lieux, à l'espace et au temps ; souvent enfin, on voit survenir une amnésie aiguë presque complète pour les évènements les plus récents, avec conservation de la mémoire pour des faits de date reculée. Ces troubles psychiques presque constants dans la névrite multiple des alcooliques, s'observent aussi dans les névrites périphériques de causes diverses, telles que affections hépatiques, fièvre typhoïde, tuberculose pulmonaire, impaludisme, tumeurs de l'utérus etc. Ces troubles psychiques sont, comme la polynévrite, d'origine toxémique ; c'est pourquoi Korsakow propose de les désigner sous le nom de *psychose polynévritique* ou *cérébropathie toxémique*. Susceptibles de précéder, d'accompagner ou de suivre les symptômes de polynévrite, ils revêtent d'ordinaire la forme subaiguë et se montrent plus ou moins graves, suivant le terrain. Borschoff (2) a également publié un cas de cérébropathie polynévritique d'origine toxémique dans lequel il s'agit d'une femme de 27 ans, qui, quinze jours après un accouchement normal, fut atteinte d'une pneumonie franche de lobe moyen droit. Pendant sa convalescence, on vit s'établir un état mental particulier, caractérisé par de la stupeur, des hallucinations et de l'amnésie pour les événements les plus récents, en même temps que les symptômes de la polynévrite. Après divers essais

(1) Korsakow : Une forme particulière de troubles psychiques associés à la névrite périphérique multiple (Archiv f. Psychiat. 1890).

(2) Borschoff : Un cas de cerébropathie psychique polynévritique d'origine toxémique (anal. in Bulletin de med. mentale de Belgique, 1890).

infructueux de traitement, la malade guérit en 24 heures à la suite de l'administration d'un gramme vingt-cinq centigrammes de quinine, ce qui fit supposer l'intoxication malarique comme cause de l'affection. L'auteur suppose que la toxine de la malaria a provoqué simultanément la polynévrite et la cérébropathie. Les troubles intellectuels étaient pareils à ceux décrits par Korsakow, sauf en ce qui concerne les hallucinations, que Korsakow n'a pas notées chez ses malades.

James Ross (1), d'abord en 1890, puis en 1893, avec Hudson Bury, a également décrit les troubles psychiques de la polynévrite. Cette affection, d'origine habituellement toxique, peut être due à un grand nombre de poisons : poisons animaux (diphtérie, septicémie, typhus, syphilis, tuberculose, etc.) ; poisons végétaux (morphine); agents volatils (alcool, sulfate de carbone, dinitrobenzol, vapeurs de naphte, etc.) ; poisons endogènes (goutte, diabète, rhumatisme); poisons métalliques (plomb, phosphore, arsenic, mercure). On la rencontre encore dans les maladies de Klebs, d'Addison, de Basedow, dans la chlorose, l'hémoglobinurie, l'anémie pernicieuse, les shocks intenses. Elle est très souvent liée à des symptômes mentaux qui ont entre eux une certaine ressemblance et qu'on observe principalement dans la névrite consécutive à l'empoisonnement par la morphine, l'alcool et le sulfure de carbone. On peut diviser son évolution en quatre périodes : 1° légère excitation des sens et de l'imagination ; 2° tristesse avec insomnie et hallucinations corrigées pendant la journée, misanthropie, vertiges, incertitude dans la marche ; 3° excitation, parfois convulsive, avec hallucinations vives, non corrigées, caractère menaçant, idées délirantes relatives à des douleurs lancinantes ; 4° finalement démence qui parfois constitue toute la maladie, surtout chez la femme, et est caractérisée par un affaiblissement de la mémoire.

Grocco et Rumma (2), étudiant à leur tour les polynévrites, ne parlent pas d'une façon particulière des troubles psychiques, mais ils insistent sur l'origine toxique de la maladie et la considèrent comme une affection autochtone se développant sous l'influence de certaines infections ou intoxications.

Donall et Tenarik (3) publient également un cas de névrite périphérique alcoolique chez une femme de 42 ans, dégénérée, qui présenta des modifications du caractère, de la défiance, des idées de

(1) James Ross : Mental science 1890. On péripheral neuritis a treatise. London 1893).
(2) Grocco et Rumma : Des polynévrites (Congrès de méd. int. Rome 1890).
(3) Donall et Tenarik : Un cas de névrite périphérique alcoolique (Journ. of. mental science, 1890).

persécution par des machines électriques, de l'altération de la mémoire, une tendance incroyable aux mensonges, des accès d'anxiété et d'agitation par intervalles, des antipathies non motivées, de la grossièreté de la conduite et du langage.

Charcot (1), qui déjà en 1884 avait l'un des premiers attiré l'attention sur le désordre mental de la polynévrite, y a insisté de nouveau récemment, en montrant que le symptôme principal est l'amnésie et surtout l'amnésie des faits récents. « Le malade est attentif aux questions qu'on lui pose. Ses raisonnements sont justes ; ses réponses sont précises en ce qui concerne les évènements antérieurs à l'invasion de la maladie, tandis que pour les faits ultérieurs, *la confusion*, l'absence du souvenir sont complètes ; le contraste est frappant entre l'amnésie qui existe pour les actes, les impressions récents et le souvenir des choses qui se sont passées avant le début des accidents. Et cette impuissance de sa mémoire ne l'étonne guère et le laisse le plus souvent indifférent. Cependant, les impressions, les images qu'il perçoit ne sont pas perdues ; il les reçoit et les garde dans son « inconscient », pour les retrouver plus tard, au fur et à mesure de l'amélioration ». M. Charcot pense que cet état psychique n'appartient qu'à la polynévrite alcoolique et qu'il constitue même un de ses traits distinctifs, peut-être le seul. La plupart des auteurs étrangers ne partagent pas cette opinion et considèrent ce trouble psychique, sorte de *confusion mentale*, comme susceptible de se présenter dans toutes les variétés de polynévrites, maladies essentiellement toxiques ou infectieuses. Parmi les autres travaux relatifs aux psychoses de la polynévrite, nous citerons ceux de Hack Tuke (1890), Serbski (1891), Goldscheider, Remak, Fraenkel (1891), Fisher (1892), Hœvel (1892), Iling (1892) et surtout celui de Klippel (2), qui reconnaît et décrit parmi ces psychoses, une *pseudo-paralysie générale névritique*, à ranger dans la catégorie des pseudo-paralysies générales névritiques toxiques, à lésions essentiellement périphériques, une autre catégorie étant constituée par les pseudo-paralysies générales névritiques à lésions essentiellement centrales. Cependant, dans certains cas, la névrite est un symptôme et non une cause de paralysie générale (Pick, Furstner, Klippel).

Opérations chirurgicales. — On a signalé depuis déjà longtemps le délire qui peut survenir à la suite des opérations chirurgicales et

(1) Charcot : Sept cas de polynévrite (Leçon clinique recueillie par Dutil. Revue neurologique, février 1893).
(2) Klippel : Des speudo-paralysies générales névritiques (Gaz. hebdom., 4 fév. 1893).

Dupuytren (1) l'a décrit en 1819 sous le nom de délire nerveux des blessés, en le séparant nettement du *delirium tremens* avec lequel il offre de nombreuses ressemblances. Du tableau, très complet, tracé par cet auteur, nous ne relèverons que la phrase suivante : « Bientôt il se manifeste une singulière *confusion d'idées* sur les lieux, les personnes et les choses ». Cette expression de confusion d'idées, employée par le chirurgien français en 1819, est ici des plus significatives, on en conviendra. Les idées de Dupuytren furent d'abord admises et certains aliénistes, comme Calmeil et Delasiauve (1850) affirmèrent à leur tour la non identité du délire post-opératoire et du *delirium tremens*. Puis, l'alcoolisme prenant une part de plus en plus grande dans la pathologie, un revirement d'opinion se produisit et on s'habitua à ne voir que des délires alcooliques dans le délire des opérés. C'est la théorie qu'ont soutenu notamment Broca, Festal (1877), Verneuil (1883). Dans ces dernières années, de nombreux cas de délire post-opératoire ont été cités par différents auteurs, surtout par des gynécologistes (Keith, Tait, Bantock, Thornton, Meredith, Barwell, Cullingworth, Dent, Herm, Lossen et Furstner, Savage, Bataille, J. Ill, Pollaillon, Sheperd, Tillebrown, Werth, Gaillard Thomas, Mairet, Denis, Rafaëlo Gucci, Pozzi, Glœvecke, Segond, Baldy, etc.) (2). La plupart s'accordent à reconnaître que ces délires, bien que susceptibles de survenir après des opérations quelconques, sont surtout fréquents à la suite des opérations gynécologiques, mais ils diffèrent d'opinion en ce qui regarde leur pathogénie : les uns les attribuant à l'hérédité, les autres à l'alcoolisme ou aux agents anesthésiques, quelques-uns aux influences morales, au traumatisme opératoire, à l'anémie, certains enfin à la néphrite chronique. M. Vène (3) qui a consacré une thèse récente à ce sujet, passe en revue tous ces facteurs et finalement hésite à se prononcer, se bornant à conclure que dans certains cas on peut rattacher le délire à une de ses causes générales habituelles, tandis que dans d'autres, où ces causes n'existent pas, on est forcé de supposer soit une prédisposition dont la nature reste inconnue, soit une action directe de l'opération qui agirait comme cause efficiente. Au point de vue de la symptomatologie, il est bon de savoir qu'on a noté parfois des troubles cérébraux analogues à ceux de la paralysie

(1) Dupuytren : Mémoire sur les fractures du péroné 1819. Leçons orales de clinique chirurgicale 1839.

(2) Voir, pour la bibliographie des délires post-opératoires, la thèse de Vène et l'art. de Butler Smythe.

(3) Vène : Etude sur les délires post-opératoires (Th. Paris 1891).

générale. Vène en cite un cas chez un homme de 61 ans, enfermé deux fois antérieurement pour manie et qui, à la suite d'une opération radicale de hernie pratiquée par M. Ledentu, présenta du tremblement de la langue, de l'hésitation dans la parole et de l'affaiblissement de toutes les facultés avec quelques idées mégalomaniaques d'un caractère niais. Le mémoire de Savage en contient un autre relatif à une jeune fille qui, après une ablation du sein, devint irritable puis offrit les symptômes d'une paralysie générale qui finit par causer sa mort et fut confirmée par l'autopsie. En dehors de ces faits, d'ailleurs très rares, on a observé, à la suite des opérations, les formes de délire les plus diverses, même l'hystérie (Debove), (1), mais c'est le délire aigu qui prédomine. Chose vraiment curieuse, tandis que les chirurgiens et en particulier les gynécologistes de tous les pays paraissaient se préoccuper de la fréquence relative des délires post-opératoires, surtout après les interventions gynécologiques, en Amérique on préconisait au contraire l'ovariectomie comme traitement de certaines folies et cette méthode prenait en peu de temps une telle extension, que les autorités médicales ont fini par s'en émouvoir et par la dénoncer comme inefficace, inhumaine et illicite (2). Quoi qu'il en soit, les délires post-opératoires ont été dans ces dernières années l'objet d'une attention spéciale et quelques auteurs, comme Wood (3), Henry Hurd (4), considérant leur développement à la suite d'un état aigu et leur manifestation ordinaire sous forme de confusion mentale, les ont rapprochés de la folie post-fébrile, tout en leur attribuant une origine différente. C'est ainsi que Hurd, par exemple, divise les folies post-fébriles en trois groupes : 1° celles qui se développent à la suite d'un shock (opérations chirurgicales, puberté, puerpéralité, etc) ; 2° celles qui sont dues à l'action de poisons spécifiques (délire des fièvres, de la pneumonie, de l'urémie, de l'influenza, de la polynévrite, de l'iodoforme, de l'acide salicylique, de l'alcoolisme chronique, de la fièvre puerpérale) ; 3° celles qui sont le résultat de l'anémie et de l'épuisement nerveux (folie de la convalescence des maladies fébriles). Bien que l'auteur range les délires post-opératoires dans le groupe des psychoses par shock, il est à présumer, cependant, que dans beaucoup de cas, ils relèvent d'une intoxication interne déterminée isolément

(1) Debove : Hystérie à la suite d'une ovariotomie (soc. med. hôp. Paris, 18 novembre 1892).
(2) Voir les articles de Thomas G. Norton, Thomas W. Barlow., etc., in American Journ. of. Insanity, janvier 1893.
(3) Wood : University medical magazine, décembre 1889.
(4) H. Hurd : Post-febrile insanity (American Journ. of. insanity, july 1892)

ou simultanément par le traumatisme chirurgical et la suppression brusque d'organes importants de l'économie. C'est ainsi du reste, et par une véritable auto-intoxication, qu'on s'explique les perturbations mentales et autres qui surviennent si souvent à la suite de la thyroïdectomie, et les nombreux cas que l'on connaît aujourd'hui d'amélioration ou même de guérison de ces accidents par le rétablissement artificiel de la fonction thyroïdienne (1), constituent une preuve irrécusable à l'appui de cette opinion. L'un de nous (2) a observé récemment avec le docteur Loumeau un cas de folie mélancolique avec confusion mentale et hallucinations survenue chez une femme à la suite d'une ovarosalpingectomie et un traitement systématique par les injections sous-cutanées de suc ovarien d'animal a, pendant un moment, notablement amélioré l'état physique et mental de la malade. Nous avons vu également, il y a peu de jours, à l'hôpital, un opéré de la taille que le chirurgien nous avait prié d'examiner en raison d'un trouble mental survenu brusquement chez lui dans la nuit qui avait suivi l'opération. Nous fûmes frappé de l'état de ce malade qui représentait de la façon la plus nette le tableau du délire alcoolique aigu fébrile, si bien que nous crûmes devoir nous enquérir de ses antécédents au point de vue alcoolique. Le malade ayant été reconnu comme absolument sobre, nous dûmes nous borner au diagnostic de *délire aigu toxique*, sans préciser. Bientôt après, l'opéré présentait des signes d'urémie, auxquels il succomba. C'était donc bien d'un délire aigu toxique qu'il s'agissait, mais d'un délire aigu par intoxication interne, et le fait a de l'importance puisqu'il établit, conformément à l'opinion déjà soutenue à propos de l'urémie, que les folies toxiques, qu'elles soient d'origine externe ou d'origine interne, ont non seulement une même étiologie, mais encore des caractères cliniques identiques.

Nous prenons connaissance, à l'instant même, d'une intéressante observation de manie aiguë avec agitation violente et refus d'aliments, survenue à la suite d'une rupture du rectum, treize jours après une ovariotomie, et finalement suivie de guérison. Butler Smythe (3) qui la rapporte, après avoir examiné les causes possibles de ce brusque accès de folie : prédisposition, anesthésiques, état de l'urine, absorption de

(1) Consulter à ce sujet Cecil. F. Beadles : The Treatment of myxœdema and Cretinism (The Journal of mental science, july 1893, à suivre).

(2) Régis : Cas de folie consécutive à Une Ovarosalpingectomie (Congrès intern. de Chicago, 1893, et société de médecine de Bordeaux, juin 1893).

(3) Butler Smythe : Acute mania following rupture of the rectum (The Journ. of mental science, july 1893).

l'iodoforme, incline à penser finalement que beaucoup de cas de folie consécutive aux opérations abdominales, spécialement ceux où les symptômes n'ont apparu qu'une semaine ou deux après, *sont d'origine septique* à la façon des cas de folie puerpérale. Dans le fait actuel, la condition septique du malade, probablement réalisée par l'absorption de matières fécales et de gaz à la suite de la rupture de l'intestin, paraît avoir été un facteur puissant dans la production de l'accès maniaque.

L'étiologie toxique de certains faits de folie post-opératoire se trouve donc, comme on le voit, déjà formulée à l'heure actuelle en même temps que son caractère clinique de délire aigu, et il est probable que l'avenir ne fera que confirmer et accentuer cette manière de voir.

Remarques générales. — Il résulte des nombreux documents cliniques que nous venons d'analyser et de rapprocher, que les folies liées aux diverses maladies infectieuses aiguës tendent à être considérées aujourd'hui par tous les auteurs comme la conséquence directe ou indirecte d'une intoxication et, d'autre part, que ces folies revêtent le plus souvent la forme de ce que les Allemands désignent sous le nom de *Verwirtheit*, simple ou hallucinatoire, et de ce que M. Chaslin a si bien remis au jour en France, dans son récent mémoire sur la *confusion mentale primitive* (1). L'opinion semble s'établir d'une façon unanime à cet égard et en dehors des auteurs déjà cités, nous pourrions en mentionner d'autres encore, tels que Conolly Norman (2), W. Osler (3), Wagner (4), John Ferguson (5), Knörr (6), Kellog (7), Ballet (8), etc, qui ont exposé les mêmes vues. Nous nous contenterons de reproduire ici le passage suivant de M. Séglas (9) qui résume excellemment l'état actuel des esprits sur la question : « La confusion mentale primitive (Chaslin) symbole d'un état d'épuisement nerveux,

(1) Ph. Chaslin : La confusion mentale primitive (Annal. med. psychol. septembre-octobre 1892).

(2) Conolly Norman : Acute confusional insanity (Dublin. Journ. of mental science 1890).

(3) W. Osler : Cases of post fébrile insanity (John Hopkin's Hospital Reports (1890).

(4) Wagner : Des origines corporelles des psychoses aiguës (Jahrb. für Psych. 1892).

(5) John Ferguson : The insanity following exhaustion (The alienist and neurologist, july 1892).

(6) Knorr : Zur Lehre der toxischen psychosen (Allg. Zeitschr. f. Psych. XLVIII, 1892).

(7) Kellog : L'origine toxique de la folie (Jour. of. nervous and mental diseases, oct. 1892).

(8) Ballet : Loc. cit.

(9) Séglas : loc. cit.

semble avoir aussi une étiologie particulière. Sans éliminer l'influence de la prédisposition, il est à remarquer qu'elle est réduite toutefois très souvent au minimum, alors que les causes occasionnelles exercent une action plus grande. Ces causes occasionnelles sont, le plus souvent, les traumatismes moraux ou physiques, accidentels ou chirurgicaux, et les maladies infectieuses (puerpéralité, fièvre typhoïde, choléra, grippe, etc.) et de la nutrition. A ce propos on a beaucoup discuté sur le rôle joué par l'infection ou l'auto-intoxication, mais sans qu'à notre avis, il soit encore possible de tirer des conclusions fermes des recherches expérimentales entreprises jusqu'ici à ce sujet chez les aliénés, dont la portée est souvent des plus discutables, et qui semblent parfois contradictoires entre elles.

Toutefois, en restant sur le terrain de l'observation clinique, on ne peut dénier aux infections ou auto-intoxications un rôle très important, au moins comme cause occasionnelle ; c'est même parfois la seule qu'il soit possible de relever dans certains cas où l'hérédité semble manquer. D'un autre côté, la maladie mentale qui se développe sous cette influence directe revêt alors le plus généralement cette forme particulière, reposant sur un fond de confusion mentale et que nous avons relaté dans notre observation.

Nous rappellerons d'ailleurs à ce propos que chez notre malade, les désordres intellectuels ont éclaté à la suite de trois infections successives (rougeole, angine herpétique, choléra) et nous avons aussi signalé chez elle cette prédisposition spéciale antérieure à délirer à l'occasion d'une infection même légère, ou lorsqu'elle était soumise à la diète, fut-ce pour peu de temps.

Aussi, quoi qu'il en soit de la démonstration précise du rôle joué par l'infection ou l'auto-intoxication dans les cas analogues, la constatation de cette cause déterminante en même temps que la symptomatologie quelque peu spéciale de l'affection mentale qui paraît s'y associer sont des indications dont il est bon de tenir compte dans le traitement physique et l'on pourra pratiquer l'antisepsie gastro-intestinale, tout en cherchant à régulariser l'exercice des différentes fonctions de l'économie et à relever la nutrition par un régime alimentaire et une thérapeutique appropriée ».

L'étude clinique de la confusion mentale, qui représente le type ordinaire des folies d'origine auto-toxique et infectieuse est donc inséparable de l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales. C'est pourquoi, tout en renvoyant pour cette étude aux travaux

étrangers (1) et aussi aux travaux français de Chaslin (2), Séglas (3), Toulouse (4), nous ne croyons pas pouvoir nous dispenser d'en résumer ici la description, telle que l'a donnée M. Chaslin. Nous ne le ferons pas d'ailleurs, sans avoir rappelé avec lui que cette forme de maladie mentale a été autrefois connue et décrite en France par Esquirol, Dagonet, Achille Foville fils et surtout Delasiauve qui l'a le premier désignée sous le nom de *confusion mentale*, aujourd'hui remis en honneur par M. Chaslin, à la gloire de ce maître tant regretté.

« *Marche*. — Il y a un stade prémonitoire qui peut durer de quelques heures à quelques mois : changement de caractère, irritabilité, perte de sommeil, anxiété, etc., souvent conscience qu'une maladie se prépare. Le début est généralement brusque, il y a une agitation extrême qui rappelle la manie aiguë avec perte complète de l'orientation ; d'autre fois, le début est graduel et le malade entre d'emblée dans un état qui ressemble absolument à celui du délire alcoolique subaigu. Il peut y avoir aussi un état de stupeur très marqué avec ou sans phénomènes cataleptiformes. La marche de la maladie peut être continue, ou rémittente, ou paroxystique ; mais le plus souvent c'est un mélange déréglé de stades d'agitation, de calme, de stupidité et de stupeur, de durée absolument variable et qui peuvent être entrecoupés par des intervalles de lucidité relative.

La *durée* est très variable, depuis quelques jours jusqu'à plusieurs mois et même plusieurs années. Il y a donc des cas aigus, subaigus et chroniques.

La *terminaison* est : 1° la guérison constamment précédée d'un stade plus ou moins long d'affaiblissement psychique, accompagné d'une perte de mémoire complète concernant le temps et l'existence même de la maladie ; 2° la guérison avec léger affaiblissement des facultés ; 3° un état chronique de démence souvent accompagné d'accès de stupeur et d'agitation ; 4° la mort après une marche aiguë ou chronique (elle arrive le plus souvent par la pneumonie, la phtisie, le marasme ou un état de délire aigu.)

Au point de vue de l'anatomie pathologique, on trouverait des états

(1) Pour les travaux étrangers sur la confusion mentale, et en particulier pour ceux de Meynert, Wille, Kraff-Ebing, Krapelin, Serbski, consulter l'article de M. Chaslin et celui de M. Séglas.
(2) Chaslin : loc. cit.
(3) Séglas : loc. cit.
(4) Toulouse : loc. cit.

d'anémie, d'œdème cérébral avec troubles des méninges, ce qui fait dire à Wille que la confusion mentale serait une psychose constituant une forme intermédiaire entre les folies purement fonctionnelles, comme la manie, la mélancolie et la paranoia, et les folies à base anatomique, comme les intoxications et la paralysie générale.

Symptomatologie générale et définition. — J'emprunte la description de Wille qui me paraît très frappante :

« La confusion mentale est une maladie du cerveau fonctionnelle souvent aiguë, mais non rarement chronique, qui commence presque régulièrement avec un stade aigu hallucinatoire, se caractérise ultérieurement par de la confusion mentale, un délire désordonné, un manque de repos sans motif alternant avec des états intercurrents d'excitation ou de stupeur. On observe aussi bien des paroles et des actes troublés, dissociés, entrecoupés, avec un degré plus ou moins grand de *Benommenheit,* de non-clarté et de désorientation qui se traduisent en même temps par des sensations et des perceptions défectueuses et inexactes, par une appréciation et un jugement inexact des perceptions et par la perte de la mémoire. Dans les périodes tranquilles, on ne peut pas ne pas reconnaître des illusions et des hallucinations. Elles sont encore plus frappantes dans les accès d'excitation qui s'établissent bientôt avec plus ou moins de force et de durée. Le caractère et le contenu de ces accès est très divers et variable ; tantôt les malades sont excités, tantôt tristes, tantôt inquiets, tantôt en colère, tantôt douloureusement impressionnés ou bien tout cela ensemble, le plus souvent avec une alternative rapide. Les accès d'excitation peuvent prendre l'aspect passager de la mélancolie agitée, de la manie, du « *Tobsucht* » ou d'un délire agité. Le plus souvent, rapidement et immédiatement ces états d'excitation se transforment en état stuporeux ; souvent ces différents états apparaissent et changent avec une certaine régularité, d'autres fois pas.

» Dans les stades tranquilles (rémissions ?), les malades donnent l'impression d'un grand affaiblissement. Au point de vue somatique, on observe au commencement une fièvre légère vespérale, les malades sont affaiblis physiquement et anémiques, ce qui paraît moins pendant les accès d'excitation. On constate l'affaiblissement et la fréquence du pouls et du cœur, la nutrition est affaiblie, la formation du sang manque, l'appétit non réglé est le plus souvent amoindri, la digestion troublée, le sommeil mauvais, la température du corps subnormale avec intervalles d'élévation, troubles multiples des secrétions et des excrétions. »

On trouvera dans Meynert de longues considérations sur la psychologie pathologique de cette affection. Il me suffira de dire que l'attention, la perception et l'apperception sont affaiblies, c'est ce qui fait que les malades perdent la notion du lieu, du temps, qu'ils font des erreurs sur les personnes qu'ils voient. La parole est souvent totalement incompréhensible, elle peut se rapporter ou non aux idées du malade. Les mots peuvent se présenter à la suite les uns des autres, associés par assonnance ou quelquefois, ce que Meynert appelle élément aphasique et paraphasique, les mots sont prononcés avec effort et incomplètement comme si le malade ne parvenait pas à exprimer celui qu'il voudrait.

Les idées se présentent comme dans le rêve et prennent un délire qui peut s'accompagner ou non d'hallucinations et d'illusions qui conditionnent ou non les actes. Enfin l'émotion est généralement affaiblie et elle paraît suivre les phases du délire.

En somme le fond de la maladie est la confusion des idées ; les hallucinations ne sont qu'accessoires, et l'aspect extérieur, les actes du malade varient d'un moment à l'autre ; le patient a la figure sans expression : il marmotte des paroles sans suite et se livre à des actes quelquefois coordonnés, souvent incompréhensibles qui paraissent reliés plus ou moins aux hallucinations. Sur cet état de stupidité, viennent se greffer les accès d'agitation, qui ressemblent à la manie, ou des accès de stupeur qui donnent au tableau un aspect des plus variables. Quelquefois les malades (Kahlbaum, Neisser) ont l'aspect d'acteurs déclamant un rôle ou présentant des phénomènes cataleptiformes.

Troubles somatiques. — L'affaiblissement, l'épuisement, la dénutrition sont les caractéristiques de cet état. Le malade paraît mal assuré sur ses jambes, il chancelle, il a l'aspect très amaigri, il a des troubles vaso-moteurs, de l'affaiblissement du pouls, du cœur, il a souvent une fièvre modérée ou au contraire un abaissement de la température au-dessous de la normale. Il y a souvent des troubles oculo-moteurs et même du facial ; quelquefois des crampes, des secousses, des névralgies, des mouvements automatiques ; il y a un état saburral des voies digestives, des troubles de leur fonctionnement, l'haleine est fétide ; perte d'appétit, refus de la nourriture, ou au contraire, de la voracité, gatisme irrégulier et inconstant.

Il y a souvent dans l'urine de l'albumine, du sucre, des phosphates, des troubles de la menstruation, enfin l'insomnie est fréquente ou au contraire la somnolence.

Pronostic. — La confusion mentale est plus grave que la mélancolie ou la manie. Les statistiques de la guérison diffèrent assez, il paraît pourtant qu'il y aurait plus de non-guérisons que de guérisons. Le pronostic est d'autant plus difficile à établir que l'on manque absolument d'éléments et qu'il est impossible de prévoir si tel cas sera aigu ou chronique. Pourtant on ne doit jamais désespérer, car la guérison peut arriver après plusieurs années, comme le remarquent Meynert et Wille.

Etiologie. — Sa fréquence se rapprocherait de celle de la manie et de la mélancolie, si elle n'est pas plus grande. La femme y est particulièrement prédisposée ; l'âge moyen serait de vingt à quarante, mais on peut observer cette folie aiguë même dans la vieillesse. La plupart des auteurs font jouer à l'hérédité un rôle moindre que pour les autres maladies. Mais on attribue une grande importance au rachitisme-congénital, fœtal ou infantile et à toutes les maladies qui ont troublé le développement pendant l'enfance et à toutes les causes qui ont débilité le système nerveux. Meynert croit qu'il faut attribuer une importance particulière au défaut de parallélisme dans le développement du développement du système nerveux et du système vasculaire sanguin.

Les causes sont les excès sexuels, alcooliques et de toutes sortes, les maladies fébriles, les infections quelconques, l'accouchement, la lactation, les chocs traumatiques ou mentaux, les opérations chirurgicales, l'inanition et la misère physiologique. Tous les auteurs s'accordent pour dire que cette maladie est la conséquence d'un épuisement cérébral, qui amène un état de faiblesse irritable du système nerveux central. En outre les auteurs les plus récents, Serbski entre autres, attribuent cet état au résultat intime d'une infection ou auto-intoxication par les produits des microbes ou la résorption des poisons de l'économie.

Place dans la classification et division. — Comme nous l'avons vu, M. Delasiauve rapprochait très étroitement cette confusion de celle qu'on observe dans les différentes intoxications, alcoolisme, saturnisme. La classification de Kœpelin fait également un rapprochement très étroit de ces troubles hallucinatoires confus avec les délires fébriles et toxiques. La folie rhumatismale revêt aussi cette forme ainsi que certains cas de folie brightique et de folie cardiaque ; mais dans tous ces cas cette confusion est la manifestation d'une action directe du poison, manifestation qui cesse avec la disparition de celui-ci. Dans

la confusion simple ordinaire, il y a peut-être seulement le résultat plus éloigné de l'intoxication ou de l'infection, car c'est généralement après la maladie infectieuse que se développe cette perturbation cérébrale ; dans le premier cas, le trouble suit pas à pas la maladie générale dont il fait partie. Il y a donc ainsi une confusion symptomatique de maladies réellement organiques. Mais elle serait plutôt un délire hallucinatoire, tandis que le fond de la confusion essentielle serait surtout un affaiblissement amenant un trouble profond dans l'association des idées, la perception et l'apperception, comme le prouve ce fait que les hallucinations peuvent ne pas exister. Cette maladie évolue *per se* et apparaît à la suite de causes amenant une profonde altération de tout l'organisme. Aussi dans la genèse de la maladie, fait-on jouer un rôle très restreint à l'hérédité, et tous les auteurs la placent formellement en dehors de la « dégénérescence ». Cela ne veut pas dire que la « prédisposition » ne puisse jouer un rôle ; mais elle ne ferait que créer dans le système nerveux un *locus minoris résistentiæ*.

La plupart des auteurs s'accordent pour admettre une confusion mentale simple sans hallucination et une confusion hallucinatoire. Mais les uns rangent la confusion mentale simple dans une classe voisine, sous le nom de démence aiguë ; tandis que les autres (Serbsky, etc.) admettent encore outre la confusion mentale simple, une démence aiguë qui serait un simple affaiblissement intellectuel. Enfin, tandis que les autres placent le délire aigu en dehors, d'autres le comprennent dans la confusion (Wille).

Diagnostic. — Je ne reviendrai pas sur le diagnostic avec la manie, la mélancolie, la paralysie générale ; ce que j'en ai dit à propos de mon observation suffira à montrer la voie à suivre pour le faire, ce qui ne veut pas dire que cela sera toujours facile, d'autant plus que, d'après les auteurs allemands, en outre de la confusion essentielle et du délire hallucinatoire symptomatique, il se présenterait aussi d'une façon passagère des épisodes de confusion dans d'autres formes telles que la manie, la paranoia, la paralysie générale. Elle peut se montrer à la suite d'autres maladies mentales, quand celles-ci ont amené l'épuisement. Enfin, comme l'a montré Baillarger le premier, cet état porté au plus haut degré de stupeur peut aussi se rencontrer dans la mélancolie, ce qui constituerait alors une complication de cette dernière maladie. »

— Tel est dans ses grandes lignes, le tableau de la confusion mentale. La plupart des auteurs, comme on l'a vu, en distinguent deux formes :

l'une constituée par une sorte de délire aigu hallucinatoire, souvent analogue au délire alcoolique, qui se produit surtout durant la période fébrile des maladies infectieuses et paraît la conséquence directe de l'action de l'agent toxique (confusion aiguë hallucinatoire, hallucinatorische Verwirtheit, délire fébrile, délire aigu, etc.); l'autre, constitué par de la stupidité, de l'obtusion mentale, rappelant la stupeur mélancolique ou la démence, survenant d'habitude dans la convalescence et paraissant être le résultat de l'épuisement, de l'adynamie, d'un trouble profond de la nutrition indirectement produits par l'agent toxique (démence aiguë, pseudo-démence, confusion mentale simple, Verwirtheit, psychose asthénique).

Mais il nous semble qu'on pourrait admettre un troisième type de confusion mentale, mixte pour ainsi dire, tenant à la fois des deux précédents, délire aigu et démence, pouvant survenir à l'une quelconque des périodes de la maladie infectieuse mais particulièrement dans le cours de la convalescence, se manifestant dans les cas légers par du délire de grandeurs absurde et quelques signes somatiques, dans les cas plus graves par tous les symptômes de la paralysie générale, susceptible de disparaître très rapidement comme aussi de se terminer par une déchéance paralytique progressive, répondant enfin à des lésions de méningite ou de méningo-encéphalite analogues à celles de la paralysie générale et due sans doute à un trouble de la nutrition par intoxication microbienne, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire des toxines. Le nombre déjà grand de faits de ce genre, destinés certainement à se multiplier désormais, la possibilité de leur production à la suite de toutes les maladies infectieuses que nous avons passées en revue, leur existence dans tous les sexes et à tout âge, plus fréquente même peut-être chez les jeunes filles, si l'on s'en rapporte aux cas actuellement connus, la nature enfin de la confusion mentale, considérée par les auteurs comme une forme intermédiaire entre les affections mentales fonctionnelles et les affections mentales organiques: tout cela plaide en faveur de la réalité de cette variété méningo-encéphalique ou paralytique de psychose infectieuse. Il faut remarquer du reste, que les tendances actuelles semblent nous porter à considérer la paralysie générale, indépendamment de la prédisposition originelle, toujours nécessaire, comme relevant d'une influence toxique et cette idée s'est déjà fait

jour dans les travaux de MM. Pierret (1), Lemoine et Huyghes (2), Klippel sur la paralysie générale arthritique et névritique, ainsi que dans la communication de M. Charpentier (3) à la Société médico-psychologique qui, un peu trop abstraite peut-être et pour cela mal comprise, n'en contient pas moins en germe un essai de théorie synthétique des paralysies générales par intoxication. Il est seulement regrettable, en ce qui concerne les maladies infectieuses aiguës, que M. Charpentier, tout entier à sa conception systématique, les ait rangées, avec les conditions anémiques ou inopexiques du sang, les anomalies du cerveau, les névroses convulsives et les vésanies chroniques, parmi les états qui donnent rarement lieu à la paralysie générale. En réalité au contraire, les psychoses infectieuses ont, comme nous l'avons vu et comme on l'admet généralement, une tendance naturelle à être plutôt organiques que fonctionnelles et, dans des cas plus nombreux qu'on ne le suppose, à se présenter sous l'aspect de la démence paralytique.

Peut-être même en arrivera-t-on à démontrer que toutes les paralysies ou speudo-paralysies générales (Klippel) sont d'origine toxique puisque, en dehors de celles qui relèvent des maladies aiguës, du surmenage, des diathèses, des poisons externes qu'on peut raisonnablement considérer comme telles, il en est une autre, la plus importante et la plus fréquente qui, elle aussi, peut être attribuée, ainsi que l'a fait entrevoir M. Raymond, à un trouble de la nutrition du cerveau dû aux toxines du microbe syphilitique. Il nous est impossible, pour l'instant, d'aller plus loin dans la voie de l'hypothèse, mais nous devions résumer les faits et indiquer, en vue de l'orientation des travaux futurs, l'état actuel des esprits sur cette question toujours pendante de l'étiologie de la paralysie générale.

2° Folies des maladies viscérales.

Nous nous sommes tellement étendus, bien que restant encore incomplets, sur les folies des maladies aiguës infectieuses, que sous peine de donner à ce rapport les proportions d'un véritable volume, force nous est de limiter au strict minimum ce qui nous reste à dire touchant la partie clinique de la question. Sauf quelques points particuliers d'ailleurs, inhérents au mécanisme et au siège de l'empoi-

(1) Pierret : Du rôle de l'arthritisme dans la paralysie générale (Congrès international de med. mentale, 1889).
(2) Lemoine et Huyghes : l'Arthritisme dans ses rapports avec le nervosisme (Gaz. med. de Paris, 1891).
(3) Charpentier : Les paralysies générales par intoxication (S. M. P. 1890).

sonnement, les considérations dans lesquelles nous sommes entrés au sujet des délires des maladies aiguës peuvent s'appliquer à tous les troubles mentaux qui relèvent d'une auto-intoxication ou d'une infection. En ce qui concerne particulièrement les psychoses d'origine viscérale, nous avons le droit d'être d'autant plus brefs que, contrairement à ce qu'on pouvait attendre, leur étude n'a été l'objet, dans ces derniers temps, d'aucune impulsion sérieuse. On savait depuis Hippocrate, que les affections locales, fonctionnelles ou organiques, des divers appareils, pouvaient réagir sur le cerveau de façon à produire la folie et que cette folie, appelée pour ce motif *sympathique*, revêtait le plus souvent le caractère de la mélancolie. « *In melancholicis stomachus, in furiosis vero caput afficitur.* » (Cœlius Aurelianus). Il semblait, dans ces conditions, que l'avènement de la théorie des auto-intoxications, en se substituant à celle surannée de la sympathie, devait de rechef attirer l'attention sur les folies *par consensus* et provoquer à leur endroit une série de recherches nouvelles. Cela n'a pas eu lieu, au moins autant qu'on eût pu le souhaiter et, à part la communication de Bettencourt-Rodrigues (1) au Congrès de 1889, qui n'est elle-même qu'une courte ébauche, nous n'avons à mentionner aucun travail clinique d'ensemble sur la question. Tout le monde aujourd'hui admet *à priori* que les états mentaux liés aux troubles gastriques, intestinaux, utéro-ovariens, etc., sont le résultat d'une auto-intoxication, et ce principe est si bien admis qu'on essaie de traiter ces états par une médication antiseptique appropriée. Mais si l'on excepte parmi eux, ceux qui sont liés à l'insuffisance hépatique et à l'urémie et dont nous parlerons tout à l'heure, on n'a, en réalité, rien ajouté d'important à leur description : si bien que pour tout ce qui concerne leur histoire nosologique, nous ne pouvons que renvoyer aux travaux connus sur la folie sympathique et en particulier à l'article « sympathique (folie) (2) » de l'un de nous dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Les recherches d'analyse biologique de leur côté, n'ont pas été des plus nombreuses et sauf M. Feyat (3) qui a étudié séméiologiquement plutôt qu'expérimentalement les effets généraux de la constipation chez les aliénés, on ne s'est pas encore occupé de la toxicité des humeurs de l'organisme dans les psychoses viscérales. Cependant, en

(1) Bettencourt-Rodrigues : loc. cit.
(2) Régis : Article sympathique (folie) du dictionnaire Dechambre, 1883.
(3) Feyat : loc. cit.

dehors de la toxicité de l'urine et du sang, qui elle-même a été envisagée jusqu'ici dans ses rapports non avec les formes étiologiques, mais avec les formes symptomatiques des folies, il y avait lieu d'étudier, par des expériences précises, quelles étaient, dans les folies gastro-intestinales, par exemple, la nature et l'intensité des facteurs toxiques. Il y a là certainement, toute une voie ouverte à l'expérimentation, en prenant pour guide et pour point de départ les données de Bouchard sur la toxicité des matières fécales. Jusqu'ici on s'est borné en psychiâtrie, à des analyses chimiques ou spectroscopiques du suc gastrique, de l'urine et du sang dans les formes dépressives, analyses qui, en dehors des indications relatives aux phosphates, à l'acide urique et surtout à l'hémoglobine, n'ont pas donné, ainsi que nous l'avons vu plus haut, des résultats bien positifs. C'est ainsi que l'étude du chimisme gastrique, entreprise cependant à l'étranger par des auteurs estimés, a abouti à des conclusions divergentes : certains, tels que van Noorden et Pachoud (1), considérant l'hyperchlorhydrie comme l'élément morbide fondamental contre lequel il faut lutter chez les mélancoliques ; d'autres tels que Plaereck (2), incriminant l'hypochlorhydrie; quelques-uns enfin, avec Leubuscher et Ziehen (3), aboutissant, suivant les moments, à des solutions contradictoires. Evidemment, ce n'est point avec ces données qu'on peut édifier une théorie de l'auto-intoxication dans les psychoses viscérales et ces travaux sont à reprendre, d'une façon plus détaillée et plus complète. On en arrivera ainsi peu à peu sans doute, à élucider les relations de la folie avec les maladies locales des divers appareils, particulièrement avec celles du tube digestif, à déterminer quels sont ceux qui sont sous la dépendance des autres, quel est le mécanisme d'intoxication qui les relie, enfin, à établir sur des bases scientifiques, les formules d'un traitement antiseptique rationnel.

Pour l'instant nous devons nous borner à résumer ici en quelques mots les conclusions du récent mémoire de Alt (4) sur les états psychopathiques liés aux maladies choniques de l'estomac, ainsi que les principaux travaux relatifs à la folie d'origine hépatique et d'origine urémique ou rénale.

Halt a observé chez une série de malades, des désordres nerveux étroitement en rapport avec des troubles variés des fonctions digestives (anorexie, fringale, sensation de pression, de tension, de crampes,

(1), (2), (3) : loc. cit.
(4) Alt : Développement de névroses et de psychoses sous l'influence de maladies chroniques de l'estomac (Archiv. für. Psychiatrie, 1892, XXIV, 2, 403).

de brûlure dans l'estomac, irritations, nausées, parfois vomissements, dilatation plus ou moins prononcée, endolorissement de la région stomacale). Le chimisme de l'estomac était troublé chez tous les malades : 6 fois il y avait absence complète d'acide chlorhydrique dans le contenu de l'estomac, 1 fois hypochlorhydrie très prononcée, 3 fois hyperacidité. Les désordres nerveux consistaient principalement en sensation d'angoisse revenant par accès, sensation de paresthésie, mouches volantes, tintements d'oreille, par moments vertiges allant jusqu'à la perte de connaissance, insomnie. Presque toujours, cet état s'accompagnait d'apathie, d'hypocondrie, parfois d'agitation extrême, d'idées fantastiques, d'illusions et d'hallucinations, d'obsessions, d'agoraphobie. D'après l'auteur, le passage de la simple névrose à la psychose est dans ces cas en rapport avec une prédisposition héréditaire. Les désordres nerveux et psychiques seraient la conséquence d'une irritation anormale s'exercant sur les terminaisons des nerfs de l'estomac. Comme corollaire de cette conception, il y a indication du lavage de l'estomac avec de l'eau chloroformée dans les manifestations douloureuses un peu vives. Le régime doit être règlé sur la nature du chimisme stomacal : régime végétarien, pepsine et acide chlorhydrique, en cas d'anacidité ; proscription des amylacés et alcalins dans les cas d'hyperacidité. Repos au lit. Applications de Priessnitz. Ce traitement a donné à Halt les meilleurs résultats.

Maladies du foie. Insuffisance hépatique. — Les affections du foie et de ses annexes jouent, dans la production de la folie, un rôle des plus importants. De tout temps leur action a été admise et la théorie ancienne qui fait du foie le point de départ fréquent de la mélancolie n'est au fond que l'exagération de l'influence réelle de cet organe sur le fonctionnement de l'intelligence. De nos jours encore, Burrow et Hammond ont attribué aux troubles hépatiques une des premières places dans le développement de l'aliénation mentale. Hammond (1), notamment, a soutenu que les abcès du foie s'accompagnaient presque toujours d'un état plus ou moins marqué de mélancolie et d'hypocondrie, et que leur ponction en guérissant le mal local, déterminait la disparition des accidents intellectuels : d'où cette indication, dans les états d'hypocondrie ou de mélancolie, d'étudier avec soin la région du foie et au besoin, de pratiquer l'aspiration exploratrice. Delaye et

(1) Hammond : Abcès du foie, leur association avec l'hypocondrie et leur traitement (anal. par Hénocque. Gazette hebdomadaire, 1880).

Foville (1) ont rapporté l'histoire d'une femme qui, devenue ictérique, fut prise d'un accès de mélancolie qui disparut avec la résolution de la maladie du foie, mais qui se renouvela ultérieurement à plusieurs reprises avec les récidives de l'ictère. M. le professeur Mairet nous a également communiqué l'observation inédite d'une femme mélancolique présentant de l'empâtement du foie qui a été rapidement guérie par l'application de douches locales sur cette région. Nous pourrions citer également des cas de folie, qui furent guéris à la suite de crises hépatiques et notamment de l'expulsion de calculs biliaires. On en trouve nombre d'exemples dans les anciens auteurs.

Contrairement à ce qui a été admis, comme on le voit, pour ainsi dire de tout temps, un auteur italien, P. Grilli (2) a récemment soutenu que les affections hépatiques étaient peu fréquentes chez les aliénés et que de même, les désordres psychiques graves étaient très rares au cours des maladies du foie. En réponse à cette affirmation, M. Charrin (3) a publié trois cas établissant nettement les relations existant entre ces deux états morbides. Dans l'un, il s'agissait de cirrhose atrophique avec délire vespéral et hallucinations visuelles ; dans le second, de cirrhose mixte avec diminution passagère du niveau mental, niaiserie, enfantillage ; dans le troisième, de cancer primitif du foie avec confusion mentale, sensations gustatives morbides et idées étranges. Les liens communs entre les trois malades étaient les suivants : 1° affection chronique du foie ; 2° toxicité urinaire considérable ; 3° accès de délire apyrétique ; 4° chez le second et le troisième, qui n'avaient pas la veine porte obstruée, le sucre alimentaire n'était pas retenu (Roger); 5° amélioration psychique accompagnant l'amélioration viscérale. « Il serait facile, avec de pareils éléments, dit M. Charrin, d'émettre une série d'hypothèses sur l'influence des auto-intoxications sur les phénomènes cérébraux, de montrer le rôle de la cellule hépatique dans ces auto-intoxications, de rapprocher la folie hépatique de la folie brightique, etc. Ne nous sentant pas la compétence nécessaire pour ouvrir le débat sur les folies sympathiques ou viscérales, sur la part à réserver, dans leur genèse, aux lésions organiques, aux diathèses, aux antécédents spéciaux, aux toxiques extérieurs comme aux toxiques intérieurs, nous nous bornons à enregistrer les faits, pour les ajouter à la somme de nos connaissances relatives à ce sujet.

(1) Delaye et Foville : Nouveau journal de médecine, septembre 1821.
(2) P. Grilli : La cirrosi epatica si trova molto raramente nei pazzi (Sperimentale, mai 1889).
(3) Charrin : Maladies du foie et folie (société de biologie, 30 juillet 1892).

Notons d'ailleurs qu'un facteur, l'éthylisme, par exemple, n'exclut pas fatalement les autres ; souvent, au contraire, il y a association de plusieurs causes. »

Presque en même temps que M. Charrin, M. Klippel (1) a abordé cette même question. Après avoir résumé, dans ses grands traits, le rôle important du foie dans la physiologie de la nutrition et rappelé que l'action de la cellule hépatique ne se borne pas à l'élaboration de la bile, mais s'étend à la fixation des sucres ainsi qu'à la destruction de certaines matières toxiques, il indique le procédé qu'il a employé pour constater l'insuffisance hépatique. Ce procédé, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, est surtout basé sur la recherche de l'urobiline au moyen du spectroscope. L'insuffisance hépatique, attestée et mesurée pour ainsi dire par l'urobilinurie, agit pour engendrer dans quelques cas, pour continuer dans d'autres, des maladies mentales sur un terrain préparé par d'autres causes. De cette pathogénie, il résulte qu'on doit combattre l'auto-intoxication d'origine hépatique et employer pour cela : le naphtol, le charbon pulvérisé, le salicylate de bismuth, le salol, le bétol, les purgatifs ; un régime alimentaire composé exclusivement de lait et d'œufs et enfin, dans certains cas, les alcalins, le massage et l'hydrothérapie qui pourront rendre de grands services. L'auteur décrit ici les cas de psychose dans lesquels les lésions du foie jouent un rôle adjuvant et secondaire, comme dans l'alcoolisme et la paralysie générale par exemple ; puis il passe à ceux où ces lésions déterminent par elles-mêmes la folie et qu'il désigne pour ce fait sous le nom de *folie hépatique*. Il en cite une observation intéressante, relative à un homme de 62 ans, ni héréditaire, ni alcoolique et qui présentait une insuffisance hépatique caractérisée par tous ses symptômes, en particulier par l'urobilinurie. Ce malade, après une crise d'excitation maniaque avec conceptions vaniteuses, fut ensuite très déprimé et mourut dans le coma ; au moment de la crise de dépression, il présente une diminution très nette d'urobiline. L'autopsie ne montra pas de lésions cérébrales notables ; mais elle mit en évidence une dégénérescence granulo-atrophique du foie caractérisée par l'ischémie du lobule, l'irrégularité des trabécules et une atrophie extrêmement prononcée des cellules dont le plus grand nombre était transformé en corps granuleux sans noyau. Le diagnostic qui, durant trois mois, avait oscillé entre délire aigu, alcoolisme, paralysie générale, se résumait donc en une folie hépatique avec exaltation

(1) Klippel : loc. cit.

mentale aiguë. Dans les cas de ce genre, la prédisposition, héréditaire ou acquise, agit à côté de la lésion du foie ; elle fait entrer le malade dans la folie avec une moindre dose de toxique ; de même, l'insuffisance rénale peut rendre l'intoxication plus grande à lésion égale du foie. En résumé, M. Klippel estime qu'il faut placer la folie hépatique à côté de la folie brightique et de certaines formes de mélancolie gastro-intestinale, et c'est là une nouvelle forme morbide qui montre combien l'auto-intoxication de l'organisme est importante dans l'histoire des vésanies et quel rôle fondamental joue souvent le foie dans cette auto-intoxication. Pour nous, nous retiendrons surtout du fait rapporté par M. Klippel, cette particularité d'un état aigu d'exaltation avec conceptions vaniteuses, qui le rapproche de tous ceux que nous avons mentionnés précédemment à l'actif des maladies aiguës infectieuses.

Maladies des reins. Urémie. — La folie liée aux maladies des reins et en particulier à l'urémie a été signalée il y a longtemps déjà, par Hagen, Alling, Jolly, Wilks, Scholz, Brieger, Hoesslin, Wille (1), etc. Mais c'est surtout depuis les importants travaux de Dieulafoy (2), Raymond (3), Joffroy (4), et ceux de Bouvat (5), Vassale (6), Florant (7), Spigaglia (8), qu'elle a été étudiée et décrite sous les noms de *folie brightique, folie urémique, folie rénale.*

La folie brightique, pour employer la dénomination la plus usitée aujourd'hui, est le type des folies par auto-intoxication. On sait en effet à n'en pas douter, que l'urémie est le résultat de l'empoisonnement de l'organisme par suppression de la fonction rénale et Bouchard et Dieulafoy l'ont démontré expérimentalement en établissant que l'urine des urémiques possédait une toxicité très amoindrie et même parfois nulle. On sait aussi que les poisons non éliminés qui provoquent l'urémie ne sont pas, comme la plupart l'ont cru, des éléments

(1) Voir pour la bibliographie de la folie brightique, la thèse de Florant et celle de Spigaglia.
(2) Dieulafoy : De la folie brightique (soc. m. Hop. 10 juillet 1885). — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie (soc. m. hop. 11 juin, 22 octobre 1886).
(3) Raymond : Sur certains délires simulant la folie survenus dans le cours de néphrites chroniques (Archiv. gén. de med. mars 1882. — Relations de l'albuminurie avec les psychoses, à propros d'un cas de folie du doute, etc. (soc. med. hôp., 13 juin 1890).
(4) Joffroy : La folie brightique (Bulletin médical, février 1891).
(5) Bouvat : Essai sur l'urémie délirante (Th. Lyon, 1883).
(6) Vassale : Les lésions rénales et leurs rapports avec l'aliénation mentale (Rivista sperimentale di freniatria, etc. 1890).
(7) Florant : Des manifestations délirantes de l'urémie (folie brightique) Th. Paris 1891).
(8) Spigaglia : De la folie urémique ou folie rénale (Genève 1891).

isolés tels que l'urée (substance diurétique plutôt que toxique, Bouchard), le carbonate d'ammoniaque résultant du dédoublement de l'urée (Frerichs, Treitz), un des pigments intra-vésicaux, l'urochrome (Thudicum) la créatinine et la créatine (Schottin, Voit, Oppler, Perls, Chalvet, Jaccoud), les matières minérales (Feltz et Ritter), mais ainsi que l'a établi Bouchard, l'ensemble de tous les éléments toxiques de l'urine, avec prédominance des matières minérales qui représentent à elles seules 57 °/o de la toxicité urinaire. Toujours est-il que l'urémie est une auto-intoxication et que les psychoses qui lui sont liées sont de nature toxique, quelles que soient les réserves faites par certains aliénistes sur leur caractère non vésanique et sur leurs relations avec l'hérédité, que personne d'ailleurs ne songe à contester. Ces psychoses sont si bien toxiques que la plupart des auteurs qui les ont décrites ont été frappés de leur analogie frappante, dans bien des cas, avec la folie alcoolique, et ont, avec raison, insisté sur ces analogies. Florant et Spigaglia disent que la folie urémique n'est au fond qu'une folie toxique au même titre que la folie saturnine ou alcoolique, et que ses caractères cliniques sont exactement les mêmes. La ressemblance paraît même si frappante au dernier qu'il se demande si la plupart des délires toxiques, alcoolique, saturnin, puerpéral ne sont pas déterminés par l'intermédiaire des lésions rénales concomitantes.

On s'accorde généralement à reconnaître deux sortes de folies brightiques : 1° le délire urémique, ou urémie délirante aiguë ; 2° la folie brightique proprement dite. Le délire urémique est constitué par un délire aigu et passager survenant sous l'influence d'une maladie infectieuse accompagnée de néphrite et de fièvre. C'est lui surtout, qui présente tous les caractères du délire alcoolique, comme du reste le délire aigu du stade fébrile des maladies infectieuses et des états post-opératoires qui, dans certains cas, ne sont eux-mêmes peut-être que des délires urémiques.

La folie brightique proprement dite n'a pas, elle, de physionomie absolument spéciale et la plupart des types morbides peuvent s'y rencontrer. Il faut distinguer cependant, d'après M. Joffroy, celle qui survient chez des prédisposés vésaniques et qui, procédant avant tout de la tare héréditaire, n'est albuminurique que parce qu'en dernier lieu l'albuminurie l'a mise en évidence, de celle qui est créée presque de toutes pièces par l'albuminurie, en l'absence de tout antécédent vésanique. La première, qui n'est pas de la folie brightique, mais de la folie à l'occasion du brightisme, revêt nécessairement les formes les plus diverses. La seconde, la vraie folie brightique, est moins

polymorphe, et, d'après la plupart des auteurs, elle se traduit surtout par des troubles du caractère, des idées de persécution, des hallucinations, de l'obtusion et de la confusion mentales, de la pseudo-démence, en un mot par un état psychique qui rappelle celui qu'on observe si souvent dans l'alcoolisme chronique et qui, comme lui, varie avec les fluctuations de l'agent toxique. Ce qui achève la similitude entre la psychose urémique et la psychose alcoolique chroniques, c'est que la première, comme la seconde, bien que moins fréquemment, cela va sans dire, peut se manifester sous une forme qui réalise plus ou moins l'aspect de la démence paralytique. Parmi les observations de folie urémique relevées et résumées dans les thèses de Florant et Spigaglia, il en est quelques-unes qui répondent à ce type, notamment celle de Hœsslin (1), où il existait en même temps un véritable délire des grandeurs, et celle de Bauby, plus nette encore.

Ce n'est pas seulement dans le brightisme confirmé, aigu ou chronique, que se produisent des troubles psychiques. Ils peuvent également survenir dans le brightisme latent, sans albuminurie, dans ce que Dieulafoy (2) appelle le petit brightisme. Ils y revêtent d'ailleurs les mêmes caractères. Il est très important, en tout cas, de connaître la folie brightique et de savoir la déceler, car sauf exception, elle ne réclame pas l'internement dans un asile d'aliénés, qui est parfois pratiqué par erreur et elle est surtout justiciable du traitement de l'urémie et en particulier du régime lacté. Aussi Vassale recommande-t-il de rechercher avec soin l'albuminurie et les cylindres épithéliaux dans les urines de tous les sujets atteints de désordres mentaux à début brusque, qu'il s'agisse de délire épileptique, de délire alcoolique ou de délire fébrile simple.

3° Folies des diathèses.

Nous ne décrirons pas en détail les folies liées aux diathèses. Nous estimons en effet que cette étude ne saurait être traitée en quelques pages, en raison de son importance et de son étendue, et il nous semble que le mieux serait de reporter cette grosse question de pathologie mentale à l'un de nos prochains Congrès, où elle pourrait être l'objet d'un rapport et d'une discussion approfondis, qu'elle mérite à tous égards. Si nous les signalons ici, c'est que, par bien

(1) Hœsslin : Münchener med. Wochensch. octobre 1889.
(2) Dieulafoy : Etude sur le brightisme, petite urémie, petits accidents du mal de Bright. (Académie de médecine, 6 juin 1892).

des côtés, elles rentrent dans la grande classe des psychoses par auto-intoxication ou par infection, et qu'il nous était par conséquent impossible de les passer entièrement sous silence.

Nous nous bornerons donc à rappeler que, depuis les travaux de Bouchard, les diathèses sont considérées comme des maladies de la nutrition retardante, c'est-à-dire comme des troubles permanents des mutations nutritives provoquant et entretenant des affections différentes comme formes symptomatiques, comme siège anatomique, comme processus pathologique, et qu'à ce titre, elles peuvent revendiquer, outre les maladies générales dites constitutionnelles (arthritisme, herpétisme, diabète, cancer, etc.), toutes les maladies infectieuses chroniques susceptibles de se transformer en tempérament morbide (impaludisme, tuberculose, pellagre, syphilis, etc.)

Le seul point que nous tenions à signaler, c'est que les désordres psychiques liés à ces états morbides sont le résultat d'un trouble de la nutrition par auto-intoxication ou par infection et qu'ils offrent, envisagés dans leur ensemble, les plus grandes analogies avec ceux que nous avons décrits plus haut, à l'occasion des maladies aiguës infectieuses. Si l'on parcourt en effet les nombreux travaux relatifs aux psychoses diathésiques, on s'aperçoit qu'elles ont toujours été distinguées en psychoses des épisodes aigus et psychoses des états chroniques, comme on distingue dans les psychoses infectieuses, celles du stade fébrile et celles des stades post-fébriles. Et de même que dans les maladies infectieuses, les folies du stade fébrile se manifestent habituellement sous forme de délires aigus toxiques, analogues au délire alcoolique, et les folies asthéniques de la convalescence sous forme de confusion mentale avec démence aiguë, stupidité, pseudo-démence et quelquefois démence paralytique, de même, les folies des épisodes aigus des diathèses revêtent d'ordinaire le caractère de délire aigu toxique et les folies des états chroniques le caractère d'obtusion mentale, de mélancolie avec stupeur, ou de démence paralytique (1). Ce sont là des particularités cliniques dignes d'intérêt et qui montrent qu'à des causes identiques, représentées par l'intoxication, correspondent des types cliniques similaires.

Il ne faudrait pas, cependant, pousser trop loin l'analogie entre les folies des maladies aiguës infectieuses et les folies des diathèses :

(1) Voy. pour la Paralysie générale dans ses rapports avec l'Arthritisme, en dehors des précédents travaux de Doutrebente, Régis, Pierret, Lemoine, Charpentier, etc., l'article récent de Klippel : Pseudo-paralysie générale arthritique (Revue de médecine, avril 1892).

celles-ci relèvent souvent, en effet, d'un mécanisme qui leur appartient en propre. Dans la diathèse, le trouble nutritif est permanent ; à intervalles plus ou moins éloignés, quelquefois périodiques, l'organisme, saturé par le poison, paie son tribut sous forme d'un ou plusieurs accidents morbides qui localisent et éliminent pour un temps l'excès du principe toxique, après quoi tout semble rentrer dans l'ordre jusqu'à la crise prochaine. Il en résulte d'une part que le désordre mental peut se produire à titre de manifestation diathésique directe, au même titre par exemple que les congestions viscérales, les fluxions articulaires, les exanthèmes, ou se substituer à eux comme une sorte d'équivalent, et d'autre part, que ce désordre mental peut, chez certains malades, se reproduire d'une façon à peu près intermittente, à l'instar des autres syndrômes de la maladie. Ce caractère de pèriodicité, d'intermittence est, semble-t-il, tout à fait pathognomonique des psychoses diathésiques, et MM. Mabille et Lallemant, (1) qui l'ont signalé les premiers dans leur intéressant mémoire, y insistent d'une façon toute particulière. Pour eux, la folie mélancolique à accès intermittents est la traduction et l'indice d'un état d'arthritisme, à ce point qu'ils conseillent de rechercher l'existence de la diathèse dans l'ascendance et dans les antécédents personnels de tout malade chez lequel on voit l'aliénation et surtout la mélancolie survenir par accès. Nous avons eu, pour notre compte, l'occasion de vérifier plusieurs fois depuis deux ans, la vérité de cette affirmation, et presque toujours, nous avons pu constater, chez les aliénés intermittents, les stigmates irrècusables d'une diathèse, de nature habituellement arthritique.

Nous ne quitterons pas le travail de MM. Mabille et Lallemant sans rappeler que ces auteurs ont constaté que les accès de folie, chez les arthritiques, coïncident avec des modifications chimiques de l'organisme, notamment avec de l'hypoazoturie, de l'hypophosphaturie, de l'oxalurie, des variations notables dans le chiffre de l'urée et en particulier avec de véritables *décharges d'acide urique*, qui annonceraient généralement la fin de la crise. Rappelons enfin, et c'est là une omission que nous tenons à réparer, que MM. Mabille et Lallemant, à peu près au même moment que M. Chevalier-Lavaure, avaient ébauché quelques expériences sur la toxicité de l'urine chez leurs malades et que, sans aboutir à des résultats absolument positifs, ils avaient trouvé à certains moments une toxicité au-dessous de la nor-

(1) Mabille et Lallemant : loc. cit.

male, d'où ils avaient conclu qu'à certaines périodes, il semblait y avoir, chez les arthritiques, rétention des produits morbides dans l'organisme.

Des considérations émises par MM. Mabille et Lallemant, on peut rapprocher dans une certaine mesure celles, plus récentes, de Chiaruttini (1), de Padoue. Sur 9 malades atteints de névroses à accès, cet auteur a constaté, en effet, qu'il existe une différence marquée dans la quantité des alcaloïdes émis par les urines, suivant qu'on les recherche à l'approche des accès, ou loin des accès. A l'approche des crises, et pendant les crises, ces alcaloïdes sont en plus grande quantité que dans l'intervalle. Ces oscillations sont encore plus considérables pour les alcaloïdes contenus dans le sang.

III.

FAITS D'ORDRE THÉRAPEUTIQUE.

Si, comme nous le dirons tout à l'heure en concluant, les nombreux faits et documents que nous venons d'énumérer ne permettent pas encore d'asseoir des conclusions fermes et définitives au sujet des folies par auto-intoxication, ils ne permettent pas non plus, de formuler à leur égard, un traitement absolument méthodique et rationnel, basé sur leur étiologie spéciale. Nous devons donc nous borner à indiquer quelques-uns des essais tentés jusqu'à ce jour, avec les résultats obtenus.

En ce qui concerne les psychoses des maladies aiguës infectieuses, on ne s'est guère occupé de la question du traitement systématique, pour cette bonne raison que les agents d'infection restent incomplètement connus et on s'est contenté dans les psychoses de la convalescence ou psychoses asthéniques, d'instituer une médication roborante et tonique, destinée à lutter contre l'état d'épuisement et d'inanition. M. Séglas est le seul qui, dans le cas de folie post-cholérique mentionné plus haut, ait eu recours aux antiseptiques, dont il s'est, du reste, très bien trouvé. MM. Lallier et Idanof, nous l'avons vu, ont fait de même dans les cas de folie puerpérale, et

(1) Ettore Chiaruttini : Recherches sur les ptomaïnes dans les névroses à accès (Riforma medica 10, 12, 14 juin 1893).

ils n'hésitent pas à recommander expressément les antiseptiques, soit comme moyen prophylactique, soit comme moyen curatif, dans cette forme mentale. M. le Professeur agrégé Rivière a bien voulu nous communiquer à cet égard, le fait suivant, qui ne manque pas d'intérêt. Madame X...., âgée de 35 ans, est déjà plusieurs fois accouchée. La dernière grossesse, qui date de six ans, s'est accompagnée d'albuminurie et d'éclampsie franche. Depuis néphrite, s'améliorant par le régime lacté et l'antisepsie intestinale, s'aggravant dès que cessait le régime. Au cours d'une nouvelle grossesse, datant de 8 mois, elle a une première hémorragie assez grave, le 24 mai 1893, suivie d'une autre dans la nuit, qui tue le fœtus. Tamponnement vaginal serré. Plus d'hémorragie. Le tampon est enlevé le lendemain. Accouchement spontané trois jours après, sans hémorragie. Albumine notable. Le lendemain 29, syncope cardiaque grave. Caféine et éther sous la peau. Le 30, frisson violent et 41° de température, sans accidents infectieux locaux. Le 31, délire furieux dans la nuit ; croit être empoisonnée, hallucinations, voit des bêtes et des hommes prêts à la dévorer. Piqûre de morphine qui amène un peu de calme. Depuis le début des accidents, régime lacté absolu, antisepsie minutieuse du tube digestif (benzonaphtol) et chloral à haute dose. L'état de faiblesse étant très grand, le 1er juin on se relâche des précautions prises jusque là ; on tolère un peu d'alcool. Dès le lendemain, crise éclamptique atténuée, mais cependant convulsive. Retour immédiat à la thérapeutique chloratée et antiseptique. Guérison. — Ce fait démontre d'une façon non douteuse et l'origine réellement toxique du délire dans l'état puerpéral et l'urémie et l'efficacité pour ainsi dire spécifique, contre ce délire, du régime et des antiseptiques appropriés. Nous pouvons en rapprocher, dans une certaine mesure, les nombreux cas de guérison du myxœdème opératoire par rétablissement artificiel de la fonction thyroïdienne au moyen de la greffe, de l'ingestion, de l'injection sous-cutanée, ou même du thyroïdo-éréthisme, récemment pratiqué par Poncet.

En ce qui concerne les psychoses viscérales, le traitement local a déjà donné des résultats plus satisfaisants. L'un de nous (1), qui a préconisé depuis plusieurs années déjà le lavage de l'estomac chez les mélancoliques, non seulement contre la sitiophobie qui l'accompagne fréquemment, mais contre la maladie mentale elle-même,

(1) Régis : Traitement de la sitiophobie des aliénés (Bulletins et mémoires de la soc. de med. de Bordeaux, 1886). Manuel pratique de médecine mentale, 2e édition, 1891).

a obtenu, par ce moyen, des améliorations et même des guérisons nombreuses. Pour être véritablement efficace, ce traitement doit être méthodique et il comporte une étude préalable du chimisme gastrique par des sondages d'épreuves, destinés à préciser la nature et l'intensité du trouble digestif, d'où, suivant les cas, lavage alcalin, acide ou antiseptique. Bettencourt-Rodrigues, Pachoud et Alt ont également insisté sur les bons effets de l'antisepsie stomacale dans certaines psychoses et notamment dans la mélancolie. Un auteur anglais, Mac Pherson (1), qui a récemment étudié d'une façon spéciale l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes de folie aiguë, résume ainsi qu'il suit sa thérapeutique. Quand il y a indication, il procède au lavage de l'estomac et il administre le soir le calomel, suivi d'un laxatif au matin. Le lavage est répété pendant la première semaine et chaque jour ou tous les deux jours, on donne de la poudre de rhubarbe, du cascara et de l'extrait de réglisse. A dater du second jour, on administre régulièrement la naphtaline préférable au naphtol B, tout en supprimant autant que possible, le régime azoté, et en donnant du gruau peptonisé. Par ce procédé l'auteur a obtenu rapidement la disparition de l'anémie, l'amélioration de certains symptômes de la mélancolie (irritabilité motrice, tendance au suicide, parfois même le retour du sommeil). L'action de la naphtaline est par conséquent indirecte ; elle serait particulièrement favorable dans la mélancolie, son action dans les autres formes morbides restant beaucoup moins probante.

Comme dans les psychoses liées aux troubles des organes digestifs, la thérapeutique locale produit d'excellents effets dans les folies liées aux lésions du foie. Sans revenir sur les faits de guérison obtenue dans ces conditions par les anciens auteurs à l'aide de purgatifs opportunément administrés, et pour ne parler que des faits récents, nous rappellerons que M. Charrin, dans les trois cas cités par lui, a réalisé une amélioration psychique parallèlement à l'amélioration viscérale sous l'influence d'un traitement par le lait, le calomel, l'antisepie intestinale, etc. De son côté, M. Klippel a déduit, comme nous l'avons vu, de ses conclusions pathogéniques sur la folie hépatique, que l'indication capitale consistait à combattre l'auto-intoxication et il conseille pour cela : le naphtol, le charbon pulvérisé,

(1) Mac Pherson : De l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes de folie aiguë (60[me] réunion annuelle de l'Assoc. med. de la Grande-Bretagne, 30 juillet 1892. The Lancet, August., 6, 1892.

le salicylate de bismuth, le salol, le bétol, les purgatifs ; un régime alimentaire composé exclusivement de lait et d'œufs, enfin, dans certains cas, les alcalins, le massage et l'hydrothérapie. M. le Professeur Mairet (1) nous a communiqué à cet égard, une observation bien typique : la voici telle qu'il a bien voulu la résumer. « Il s'agit d'une femme sur laquelle pesait une hérédité puissante et qui fut prise de lypémanie. Cette maladie persistait et prenait des caractères tels qu'on pouvait craindre l'incurabilité. L'examen physique me révéla un empâtement du foie. J'agis alors directement sur cet organe par des douches locales. Sous leur influence, il se produisit un *très* abondant rendement de bile par les urines. A partir de ce moment, l'amélioration apparut, bientôt suivie de convalescence. Ceci se passait en 1879 ou 1880 ; depuis lors la guérison se maintient absolue. Cette observation n'est pas la seule que je possède ; seulement elle m'a tellement frappé par sa netteté qu'elle est toujours restée présente dans mon esprit. »

De même, divers auteurs, entre autres Dieulafoy, Raymond, Joffroy, etc., ont obtenu d'excellents résultats du traitement spécifique de l'urémie dans la folie brightique. Voici, résumé, celui que préconise avec tant d'autorité M. le Professeur Dieulafoy : En première ligne, régime lacté exclusif. Entretenir ou réveiller les fonctions de la peau ; frictions, massage. Révulsifs sur la région des reins : ventouses sèches, larges cataplasmes sinapisés. La digitale est souvent utile pour combattre l'atonie cardiaque ; en surveiller les effets à cause de l'entrave apportée à son élimination par des reins malades. User sobrement des purgatifs. Lavements contenant 150 grammes d'une infusion légèrement diurétique, d'uva ursi ou de queues de cerises. Emissions sanguines locales : sangsues derrière les oreilles, à l'aisselle, à l'anus : bons résultats. Quand le délire brightique est trop aigu ou associé aux formes comateuses ou convulsives de l'urémie, pratiquer sans hésitation une ou plusieurs saignées. M. le Professeur Pinard prescrit en outre, dans certains cas, des inhalations d'oxygène.

Nous ne nous occuperons pas d'une façon spéciale du traitement des folies diathésiques, n'ayant fait pour ainsi dire qu'effleurer cette question, qui devra être ultérieurement reprise. Mais nous mentionnerons, en terminant, les heureux effets obtenus par Haig, Mazocchi, Lemoine, Mabille et Lallemant, de l'emploi dans ces folies, de la

(1) Mairet : Communication inédite.

médication anti-diathésique. Nous-mêmes, en conséquence des idées si justes formulées par Mabille et Lallemant, nous avons pris l'habitude de combattre les accès de mélancolie intermittente par un traitement dirigé contre l'arthritisme, en employant suivant les cas, l'antisepsie intestinale, les purgatifs répétés, l'hydrothérapie, les massages et les frictions, les alcalins à haute dose et en particulier une potion à continuer, renfermant à la fois du phosphate de soude, du salicylate de lithine, de la teinture de colchique, de la teinture de noix vomique et de l'arséniate de soude. Bien souvent, nous avons obtenu ainsi des améliorations rapides non seulement des symptômes physiques, mais encore des troubles psychiques.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

L'état actuel de la question des auto-intoxications dans les maladies mentales ne permet pas encore de formuler des conclusions fermes et définitives. Les documents publiés à ce jour, que nous avons cherché à réunir et à synthétiser dans une large vue d'ensemble, nous paraissent cependant assez nombreux et assez importants pour que, à défaut de conclusions, on puisse en dégager quelques considérations générales, susceptibles d'être soumises aux discussions du Congrès.

Nous proposerons les suivantes :

1° En dehors de l'analyse chimique qui a révélé dans les liquides de l'organisme, chez les aliénés, des modifications de composition aussi sérieuses que variées, l'expérimentation a également découvert dans ces dernières années chez nombre d'entre eux, des altérations de la toxicité physiologique. Pour la plupart des auteurs, la toxicité de l'urine serait notablement diminuée dans les états maniaques, augmentée au contraire, dans les états mélancoliques. De plus, l'urine des maniaques et celle des mélancoliques auraient des effets différents sur les animaux injectés ; la première produirait surtout de l'excitation, de la convulsibilité ; la seconde de la tristesse, de l'inquiétude, de la stupeur : preuve péremptoire que l'auto-intoxication serait la cause et non l'effet de l'état mental. Comme cela a été constaté dans certaines maladies auto-toxiques, par exemple l'éclampsie, il y aurait assez souvent dans la folie, toxicité inverse de l'urine et du sang ; dans

la manie notamment, le sang est parfois d'autant plus hypertoxique que l'urine est plus hypotoxique.

2° Ces résultats qui, tout incomplets qu'ils soient, montrent par leur concordance à peu près absolue que les phénomènes d'auto-intoxication jouent un rôle important dans les maladies mentales, sont confirmés par les récentes recherches nosologiques sur les folies des maladies infectieuses aiguës, des maladies viscérales, des maladies diathésiques.

a. — En ce qui concerne les psychoses des *maladies infectieuses* (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, influenza, érysipèle, choléra, fièvre puerpérale, polynévrite, fièvres post-opératoires), l'ensemble des travaux parus tend à démontrer : 1° au point de vue pathogénique, qu'elles sont le résultat soit de l'action directe des microbes, soit de leur action indirecte et médiate par les toxines qu'ils secrètent ; 2° au point de vue clinique, qu'elles peuvent se présenter à deux moments différents et par suite, sous deux aspects. Durant le stade fébrile, elles revêtent ordinairement la forme d'un *délire aigu* plus ou moins violent, — tellement analogue aux délires toxiques qu'on ne le distingue pas toujours facilement du délire alcoolique —, auquel viennent se joindre parfois, comme dans les autres délires aigus, des symptômes de méningite (délire aigu, délire fébrile, délire méningitique, confusion aiguë hallucinatoire, hallucinatorische Verwirtheit, acute confusional insanity). Durant le stade post-fébrile ou la convalescence, on a affaire à la psychose dite asthénique, état mental plus ou moins variable d'aspect, constitué d'habitude par du désarroi intellectuel, de la stupidité, de l'obnubilation, de la pseudo-démence, et reposant sur un fonds absolument typique de *confusion mentale* (Verwirtheit, démence aiguë, psychose asthénique, stupeur, confusion mentale primitive simple). Il faudrait peut-être admettre une troisième forme clinique de psychose infectieuse, intermédiaire aux deux précédentes et caractérisée par les symptômes mentaux et somatiques de la *démence paralytique* (méningo-encéphalite, pseudo-paralysie générale ou paralysie générale infectieuse) ; et à ce propos, on peut se demander si la plupart des paralysies générales aujourd'hui connues ne sont pas également, en dehors des conditions de prédisposition toujours nécessaires, la conséquence plus ou moins éloignée d'une maladie infectieuse. Quoiqu'il en soit, le symptôme caractéristique de la psychose infectieuse, dans toutes ses formes, semble être le désordre intellectuel, la *confusion mentale*, résultat sans doute de l'imprégnation, de l'inhibition temporaires des cellules cérébrales par

les agents toxiques. Le plus souvent, la folie ainsi produite serait susceptible de guérison. Les folies des maladies infectieuses auraient donc, d'après ces données, une origine directement ou indirectement toxique et, comme conséquence, un type clinique assez caractéristique pour être déjà facilement reconnaissable dans la pratique.

b. — Les *psychoses viscérales* sont, elles aussi, à n'en pas douter, et dans une large mesure, la conséquence d'une auto-intoxication. Ce sont même, à vrai dire, les véritables folies par auto-intoxication. Néanmoins, les recherches expérimentales n'ont pas encore été suffisamment poussées dans cette voie et, en ce qui concerne particulièrement celles qui résultent d'un trouble des organes digestifs, c'est à peine si l'on possède quelques données techniques sur les altérations concomitantes du chimisme gastrique et la toxicité du contenu intestinal. Des travaux intéressants et féconds sont à entreprendre et à poursuivre à cet égard. On est déjà plus avancé en ce qui concerne la folie hépatique et la folie brightique et il est nettement établi aujourd'hui, par les expériences d'auteurs français, que ces folies sont au plus haut point le résultat d'un empoisonnement autochtone de l'organisme, d'une auto-intoxication. Au point de vue clinique, les psychoses viscérales ne présentent peut-être pas, comme les psychoses infectieuses, des caractères nettement particuliers. On peut dire cependant que dans les cas où l'intoxication est aiguë, la folie se manifeste habituellement sous la forme d'un délire aigu toxique, semblable au délire alcoolique (c'est le cas pour la folie urémique); lorsque l'intoxication est lente et chronique, c'est d'ordinaire d'un état mélancolique qu'il s'agit; enfin, on peut observer parfois des états rappelant de plus ou moins près la démence paralytique.

c. — Les *psychoses diathésiques*, bien que rentrant dans la question des folies par auto-intoxication et par infection, n'ont pas été l'objet de notre part, de développements étendus , et nous pensons qu'elles doivent être réservées en raison de leur importance, pour une étude spéciale. — Nous avons noté, cependant, que durant les épisodes aigus des diathèses, ces psychoses revêtaient, elles aussi, le type du délire aigu toxique, pseudo-alcoolique et que dans l'intervalle , elles se manifestaient fréquemment sous forme soit de paralysie générale, soit de folie par accès, plus ou moins périodiques et presque toujours à caractère mélancolique. Nous avons également noté que ces accès de folie paraissaient correspondre à des variations de composition des liquides de l'organisme, notamment à des décharges d'acide urique, précurseurs fréquents de la fin de la crise, et aussi à des modifications

de la toxicité urinaire qui s'y montre le plus souvent inférieure à la normale.

3° Le traitement anti-infectieux, antiseptique, général ou local, et c'est là un argument puissant en faveur de l'origine toxique des folies que nous étudions, en même temps que c'en est la conséquence pratique, donne souvent ici d'excellents résultats. Bien qu'on ne puisse pas encore formuler à cet égard une thérapeutique définitive, les faits sont néanmoins déjà assez nombreux pour établir que dans les folies infectieuses ou auto-toxiques, c'est au traitement de l'infection ou de l'auto-intoxication qu'il faut surtout s'adresser pour combattre et guérir le trouble mental.

DES FAUX TÉMOIGNAGES DES ALIÉNÉS DEVANT LA JUSTICE

Par le Dr A. Cullerre, Directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

Les problèmes relatifs au témoignage des aliénés devant la justice n'ont pas exercé beaucoup jusqu'ici la sagacité des médecins légistes, sans doute parce que les occasions de les étudier n'ont pas été fréquentes. Dans les traités les plus réputés consacrés à la médecine légale des aliénés, c'est à peine s'il est fait mention de la possibilité pour un de ces malades de tromper la justice par ses dépositions, et afin de mettre en garde contre ce danger quasi hypothétique, on se contente d'énumérer quelques préceptes généraux d'ordre théorique, comme par acquit de conscience, et pour ne pas, semble-t-il, encourir le reproche d'avoir livré au public une œuvre incomplète.

Mais, d'une part, la science progresse, le domaine de la folie s'élargit de plus en plus et tel y trouve aujourd'hui légitimement sa place qui naguère eût été considéré comme appartenant à la partie saine de la population ; de l'autre, les mœurs changent, le nombre des aliénés augmente ; ceux, de plus en plus nombreux, que surexcite le milieu contemporain, prennent, en dépit des séquestrations dont ils sont l'objet, une part plus grande à notre vie de tous les jours ; d'où il résulte qu'ils sont de plus en plus mêlés aux affaires judiciaires dans lesquelles leur intervention peut avoir, surtout au point de vue du témoignage, les plus fâcheuses conséquences.

Le faux témoignage des aliénés devant la justice se présente sous des aspects assez divers. Pour les envisager tous, il est nécessaire de

prendre le mot témoignage non seulement dans le sens de déposition d'un témoin, mais encore dans celui d'attestation, de déclaration affirmative, de dénonciation, c'est-à-dire dans son acception la plus étendue.

I.

Les témoins judiciaires sont fortuits, désignés en quelque sorte par le hasard (1). Il peut donc se faire qu'un aliéné soit appelé en qualité de témoin devant la justice. Tel est le premier cas qui se présente à notre étude.

L'aliéné est-il apte à déposer en justice ? Il semble que poser une pareille question, ce soit la résoudre. Comment accorder la moindre créance au témoignage d'une personne dont l'esprit est notoirement le jouet d'illusions et de conceptions délirantes, alors que la valeur du témoignage de la masse des gens réputés sains d'esprit est si inégale, et souvent si incertaine ? Aux prises avec les préjugés, les passions, les intérêts de chacun, la vérité reçoit de tels assauts que de ce conflit intime et inconscient, elle sort trop souvent meurtrie et défigurée. Combien de gens se trompent et trompent les autres de la meilleure foi du monde, en donnant comme vrais des faits qui en principe ne sont parvenus à leur connaissance que comme probables ou même simplement possibles, et qui, à la suite d'un travail psychologique souterrain et automatique, se sont affirmés peu à peu à leur esprit comme l'expression de la vérité même ? Que de suppositions qui, à force d'être répétées, passent à l'état de réalités incontestées ; que d'interprétations fausses d'un fait vrai, qui colportées de proche en proche, deviennent des articles de foi pour la masse de ceux, incapables d'aucun contrôle, à qui il faut des vérités toutes faites ?

La preuve testimoniale ne peut donc avoir de valeur réelle que si l'on considère la qualité des témoins, leur valeur intellectuelle et le degré de véracité dont ils peuvent être présumés capables ; et bien qu'il n'existe à cet égard aucune disposition législative, il est de toute évidence que la folie confirmée doit être mise au nombre des causes qui constituent l'incapacité de témoigner.

Les auteurs, toutefois, apportent certaines atténuations à la rigueur de cette règle et admettent qu'il est certains cas où on peut y déroger

(1) Legrand du Saulle. — La folie devant les tribunaux, Paris 1864.

sans danger. Après avoir établi en principe que l'individu en état d'aliénation mentale confirmée est incapable de déposer en justice ; que son témoignage est confus et suspect, Legrand du Saulle ajoute : « mais les monomanes sont certainement susceptibles de donner, en dehors de leurs conceptions délirantes habituelles, des éclaircissements précis et véridiques ; ils sont, dans certains cas, susceptibles de guider la justice, de lui révéler d'importantes circonstances. Le témoignage des monomanes ne devra cependant être accepté que sous toutes réserves ; il ne devra jamais être suffisant pour faire condamner un prévenu. » (1)

De même, Marc admet que : « tout dépend de la forme et du degré de l'affection mentale. Ainsi il sera quelquefois possible d'obtenir quelques renseignements de la déposition d'un monomaniaque, pourvu que la nature du fait sur lequel il s'agit d'être éclairé ne touche en rien à celle de ses idées dominantes. » (2)

Malgré les réserves de l'un et les distinctions de l'autre, j'estime qu'il y aurait quelque danger à faire fond sur de pareils témoignages.

Non pas, comme le fait observer Georget, que beaucoup d'aliénés ne puissent très bien se rendre compte de ce qu'ils observent. Nous savons qu'il y a dans la vie psychique d'un individu atteint d'aliénation partielle, deux parts suffisamment distinctes : celle qui se rapporte aux nécessités de l'existence, aux occupations journalières pendant laquelle il veille, si je puis m'exprimer ainsi, et celle qui est consacrée aux chimères délirantes, aux idées fixes, aux *délusions*, pendant laquelle il rêve, pour continuer la comparaison commencée. Ce dualisme psychique n'est en somme que l'exagération maladive d'une disposition naturelle de l'esprit humain. Nous avons tous nos moments de détente pendant lesquels notre esprit dépose le fardeau des travaux journaliers pour entr'ouvrir la porte de la rêverie. Seulement chez l'aliéné les proportions sont renversées : l'occupation régulière est un hors d'œuvre dont il cherche à se débarrasser le plus vite possible pour retourner à son délire, tandis qu'elle prend à l'homme sain d'esprit la plus grosse part de sa vie. *Primo vivere* pourrait être sa devise ; celle de l'aliéné serait plutôt : *primo philosophari*.

Ce dédoublement psychique, phénomène banal dans la folie chro-

(1) Legrand du Saulle. Loc. cit.
(2) Marc. — De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires. Paris 1840.

nique, nous explique que l'aliéné puisse observer correctement le monde extérieur, recueillir quelques impressions justes et en rendre compte exactement.

Aussi voyons-nous que certains persécutés, ou certains mélancoliques, par exemple, savent parfaitement distinguer les paroles réellement perçues de celles qui sont d'origine subjective et dues à un trouble de la sensibilité, quand même elles expriment des idées de même nature. En voici deux exemples qui m'ont vivement frappé et qui me semblent caractéristiques.

Un persécuté me demande un jour à la visite à changer de quartier parce qu'il est las de recevoir toujours les mêmes insultes et d'être traité de voleur et d'assassin par ceux qui l'entourent. Je lui fais remarquer que ces insultes il les entendait avant d'entrer à l'Asile et que, selon toute probabilité, il les entendrait partout ; mais il se récrie aussitôt : « Ah ! pardon ! ici on me le dit *en face*, à haute et intelligible voix. Demandez plutôt à tels et tels. » Et c'était vrai. On l'avait réellement insulté. Evidemment il voulait dire par là que ce n'était pas de cette manière que lui parlaient ses insulteurs imaginaires.



Une mélancolique gémisseuse, hypocondriaque à idées de négation se plaint de brutalités exercées sur elle par une infirmière. La religieuse du service fait observer qu'elle récrimine à tort et à travers ; que la veille, elle l'accusait elle-même de vouloir lui couper la tête. — « Ah ! mais, s'écria la malade, ce n'est pas du tout la même chose ; j'ai en effet dit cela hier sans y attacher d'importance mais les coups de la servante sont parfaitement réels. »

De nombreux aliénés ont donc malgré leur trouble mental, une perception exacte du monde extérieur et les aliénistes sont les premiers à le reconnaître. Il n'est pas un médecin d'Asile qui, en certaines circonstances, ne s'adresse au témoignage de quelques-uns de ses malades pour arriver à établir les responsabilités à propos de quelque incident du service ; mais il connaît à fond l'état mental de ceux qu'il interroge ; il est à même de savoir dans quelle mesure il peut ajouter foi à leur témoignage ; s'ils mêlent quelque illusion au récit des faits, il peut s'en rendre compte. C'est ce que ne pourra pas faire un magistrat, encore moins un tribunal et cette raison me paraît décisive.

Si donc on a recours au témoignage d'un aliéné, ce ne peut être qu'à titre de renseignement, et à la condition de ne l'interroger que sur des faits simples qu'il a pu observer. La loi, comme le dit Legrand du Saulle, devrait le traiter en mineur, et ne point lui déférer le

serment. C'est ce qui eut lieu en 1823, à propos d'un procès criminel relatif à un incendie qui s'était déclaré à Bicêtre. Des aliénés renfermés dans cet établissement furent appelés à donner des renseignements sur l'affaire : on ne leur fit point prêter serment.

Un médecin peut être consulté par un magistrat sur la valeur qu'il serait possible d'accorder à la déposition d'une personne aliénée. Evidemment, quels que soient le cas, le sujet, les circonstances, il ne saurait se montrer trop circonspect. Le sens de la déposition d'un aliéné, quel qu'il soit, ne peut être présumé. Qui peut dire à quel mobile il obéira quand il apportera son témoignage ? Récemment nous étions chargé d'examiner un alcoolique qui, dans une rixe avec la police, avait reçu de graves blessures à la tête. L'alcoolique était poursuivi pour outrages aux agents, et les agents pour coups et blessures à l'alcoolique. Ce dernier, qui appartenait à la forme chronique avec démence et périodes d'excitation délirante de nature maniaque, ayant été déclaré irresponsable, on nous demanda s'il pouvait être entendu comme témoin dans l'affaire dirigée contre les agents. Notre opinion, basée sur une étude approfondie de son état mental, fut qu'il n'y avait aucun fond à faire sur sa déposition et il ne fut pas entendu. Le malade, en effet, n'avait qu'une conscience très vague de ce qui s'était passé, et selon que chez lui l'excitation ou l'hébétude dominaient, il jugeait l'affaire insignifiante ou se posait en martyr de la police.

Les cas où de véritables aliénés peuvent être appelés à témoigner en justice sont assurément plus fréquents qu'il ne semble au premier abord. Les aliénés qui vivent en liberté — et nous savons s'ils sont nombreux — ne portent aucune marque distinctive qui les désigne à la circonspection du juge. Il en est qui plaident par exemple, en séparation de corps ou en divorce, et dont les inventions calomnieuses peuvent aisément se donner carrière, sans qu'il soit toujours aisé de démêler la vérité. D'autres intentent des procès au civil, font valoir des droits illusoires, revendiquent des biens hypothétiques. D'autres accusent des innocents, dénoncent des crimes imaginaires.

L'étude de tous ces cas devant être faite dans la suite de ce rapport, nous ne nous y arrêterons pas pour le moment. Nous n'avons eu en vue, dans les lignes qui précèdent, que les faux témoignages des aliénés reconnus comme tels, portant en quelque sorte une estampille officielle et ce sujet ne nous semble pas mériter de nous arrêter plus longtemps.

II.

Un cas beaucoup plus fréquent, et d'un intérêt tout autre, c'est l'aveu d'un crime imaginaire que font certains aliénés dans des circonstances déterminées.

De tous les aliénés, ceux qui appartiennent aux différentes formes cliniques de la mélancolie fournissent à la justice le plus grand nombre d'accusations fausses dirigées contre eux-mêmes.

L'élément caractéristique du délire, chez les mélancoliques simples, est la croyance intime en une culpabilité imaginaire, croyance où les entraîne peu à peu le besoin de trouver une explication à la douleur morale accompagnée d'angoisse qui fait le fond de leur maladie. Ce qui détermine cette conviction délirante, ce n'est le plus souvent ni le raisonnement ni la logique, mais bien plutôt le hasard. Tantôt un souvenir pénible de leur vie passée sert de texte à leurs auto-accusations : ils ont offensé Dieu, commis des fautes contre la religion, l'honneur, la morale. Tantôt c'est une catastrophe domestique, la perte d'un époux, d'un enfant dont ils s'accusent d'avoir causé la mort ; tantôt enfin c'est un évènement actuel auquel ils sont complètement étrangers, mais dont le retentissement arrive jusqu'à eux et auquel leur besoin d'explication s'accroche au passage.

Une des sources auxquelles puise encore volontiers le mélancolique, ce sont les préjugés et les superstitions de son époque.

Une jeune femme, raconte Morel (1), vint un jour s'accuser à un magistrat d'être l'auteur de la mort de son enfant, pauvre créature rachitique âgée de sept à huit ans, dont elle-même, mère dénaturée, comme elle s'appelait, avait hâté la mort par ses mauvais traitements. Les détails étaient tellement circonstanciés que l'on comprend facilement les perplexités du juge. Une instruction sommaire ne tarda pas cependant à lui démontrer que jamais fils malade n'avait été soigné avec plus de sollicitude. L'enfant étant mort subitement, alors que ses parents étaient à une soirée, cette coïncidence avait suffi pour bouleverser l'esprit de cette malheureuse mère, qui ne pouvait se pardonner de s'être amusée au moment où son fils se mourait. Elle fut envoyée à Saint-Yon et en sortit guérie.

Il est des mélancoliques, dit encore l'auteur que nous venons de

(1) Morel, Gaz. hebd. de méd. 1863.

citer, qui s'appliquent involontairement la doctrine de la coïncidence entre une pensée coupable, un souhait impie qui surgit en leur cœur, comme il arrive chez tous à un moment donné, et la réalisation de cette pensée, de ce souhait, par l'effet d'un pur hasard, ou d'un concours inouï de circonstances extraordinaires.

Une femme prédit à son mari que sa mauvaise conduite lui attirerait la punition du ciel ; c'était un fermier peu scrupuleux qui avait été condamné déjà deux fois en police correctionnelle pour des faits d'indélicatesse. Or, il arriva, par une coïncidence fatale, qu'un bras inconnu se chargea de mettre à exécution la prédiction de cette femme. Un jour le fermier reçut un coup de feu à la tête pendant qu'il était occupé à traire une vache.

La justice arrêta d'abord un jeune pâtre dont les réponses équivoques firent supposer qu'il pouvait bien exister des rapports criminels entre lui et sa maîtresse. Cette dernière fut arrêtée à son tour sous la double inculpation d'adultère et de complicité d'assassinat. Cette femme était enceinte de six mois et souffrait cruellement de douleurs névralgiques. Pour comble de malheur on trouva dans les poches de son mari une lettre dans laquelle elle lui répétait ses funestes prédictions et manifestait sa résolution de recourir elle-même au suicide si sa conduite ne se modifiait pas.

Lors de son premier interrogatoire, l'inculpée, plongée dans une morne stupeur, répondit sans hésitation : « Oui, c'est moi qui ai tué mon mari. » Ecrouée en prison elle y demeura plusieurs mois et y accoucha d'un enfant mort. Toutefois son attitude et ses propos furent enfin trouvés si étranges qu'on se décida à la mettre en observation à l'Asile de Saint-Yon, où elle parcourut le cercle entier d'un état mélancolique parfaitement caractérisé. Elle finit cependant par guérir et avoua que ce qui lui restait de tous ses souvenirs au sujet de l'horrible drame qui venait de se passer, c'est qu'au moment de son arrestation sa terreur avait été telle qu'à toutes les questions elle n'avait pu répondre qu'une chose : « Oui, c'est moi qui suis coupable. »

Les grands crimes, dont la relation, dramatisée avec art, est dispersée aux quatre coins de l'horizon par la presse populaire, créent dans le monde des mélancoliques d'une certaine catégorie une véritable épidémie de confessions et d'aveux illusoires.

C'est ainsi qu'à la suite d'un meurtre retentissant dont l'auteur n'a pas été découvert, on voit de nombreux aliénés venir s'accuser à la

police de l'avoir eux-mêmes commis. Dans ces dernières années, les journaux ont publié beaucoup d'exemples de ces aveux de crimes imaginaires.

En 1886, un individu manifestement atteint d'aliénation mentale va se constituer prisonnier dans un poste de police de Paris en se déclarant l'auteur du meurtre de Marie Aguettant.

En 1888, à propos du meurtre de Marie Regnaut, un aliéné se rend près d'un commissaire de police de Paris et se dénonce comme étant le complice de Pranzini.

En août 1890, un individu déjà interné à plusieurs reprises à l'Asile de Ville-Evrard et arrêté à Clermont (Oise), se déclara l'auteur de l'assassinat de la jeune Alice Neut et fit le récit des péripéties de son prétendu crime en se conformant aux moindres détails de la relation qu'en avaient donné les journaux.

En novembre 1892 on découvre, rue Botzaris, les débris d'une femme coupée en morceaux. Quelques jours après, un individu d'âge mûr et décemment vêtu se présentait au bureau du commissaire de police du quartier de la place Vendôme et faisait la déclaration suivante : « Je suis l'auteur du meurtre de la rue Botzaris. Après avoir commis ce crime, je me suis réfugié en Angleterre, mais le remords m'a pris et je suis venu me constituer prisonnier. » Cette déclaration terminée, il refusa de répondre aux questions qu'on lui posait relativement à son identité, disant qu'il ne parlerait que devant le juge d'instruction. Détail singulier, bien fait pour confirmer l'aveu du prétendu meurtrier, on retrouva dans ses bagages une chemise dont le devant semblait taché de sang. Enfin, en reconstituant ses antécédents, on constata qu'il avait été traduit autrefois devant la cour d'assises d'Aix pour avoir tué sa femme. Cet individu ne tarda pas néanmoins à être convaincu d'aliénation mentale.

Dans les derniers jours de décembre dernier, deux enfants, sur la côte du Verdon, découvrirent un cadavre qu'avait rejeté la mer. Les enfants s'approchèrent du corps auquel était attachée une bouteille ; l'un d'eux la brisa et y trouva un papier qui disait qu'accablé par le remords, l'auteur de cet écrit s'était décidé à mettre fin à ses jours et qu'il demandait que toutes recherches relatives à l'assassinat de la rue Botzaris fussent cessées, car c'était lui qui l'avait commis.

Inutile de dire que cette confession solennelle d'un suicidé ne reposait que sur une culpabilité imaginaire.

A la fin de janvier dernier se place l'assassinat mystérieux de la rue Saint-Lazare commis sur la personne d'une fille galante, Louise

Lamier. Quelques jours après un individu âgé de vingt-huit à vingt-neuf ans, paraissant jouir de toutes ses facultés, se rendait au commissariat des Arts-et-Métiers et déclarait que coupable du meurtre de la rue Saint-Lazare, il venait se constituer prisonnier. « Je suis photographe, a-t-il dit ; c'est pendant l'exercice de ma profession que j'ai connu Louise Lamier ; elle est venue poser pour son portrait chez un photographe dont j'étais l'employé. Je l'ai tuée par jalousie, avec un couteau de boucher que j'ai jeté depuis que j'ai commis le crime. »

L'émotion causée en Angleterre par les meurtres repétés de Whitechapel dont l'étrangeté était bien faite pour troubler les imaginations les moins romanesques, n'a pas manqué de déterminer une de ces épidémies d'aveux qui sont devenus, ainsi que nous l'avons précédemment établi, comme l'épilogue obligé de tout drame criminel. Nombre de gens sont venus pendant plusieurs mois, déclarer dans les postes de police de Londres, qu'ils étaient les meurtriers des femmes éventrées ; plus d'un s'est même dénoncé comme étant Jack l'Eventreur, le signataire de ces lettres à l'ironie effrontée dont quelque mauvais plaisant mystifiait chaque matin la police de la capitale de l'Angleterre.

On remarquait surtout des ivrognes parmi ces auto-accusateurs. Dans bon nombre de ces aveux de crimes imaginaires dont nous avons cru devoir multiplier les exemples sommaires, il nous semble bien probable que l'alcoolisme a dû jouer aussi un rôle important, sinon exclusif. C'est ce que pourront sans doute nous dire nos confrères de la Préfecture de police ; c'est, en attendant, ce que nous permettent de conjecturer les données de la pathologie mentale.

En effet, comme l'a bien démontré Lasègue, le délire alcoolique est coutumier de ces inventions de crimes et de délits imaginaires. « Quand un homme, remarque-t-il, vient dire qu'il a tué quelqu'un sans que cela soit vrai, il y a quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent pour que ce soit un alcoolique. On en arrête tous les ans plus de cinquante dans ces conditions. » (1)

L'alcoolique ne s'accuse pas seulement de meurtres, mais aussi de délits moins graves, et parfois non sans quelque vraisemblance. Lasègue lui-même nous en fournit quelques exemples parmi lesquels nous choisirons le suivant :

« T..., 41 ans, couturière. Arrêtée sur sa demande, disant être

(1) Lasègue. — Etudes médicales t. II. — Des manifestations cérébrales de l'alcoolisme.

» sans asile et avoir commis un vol chez la dame O..., sa pro-
» priétaire.

» Elle raconte, et le lendemain elle persiste dans son récit, qu'il y
» a quinze jours, elle a eu la faiblesse de prendre une couverture de
» laine et de la porter au Mont-de-piété. J'ai reçu, ajoute-t-elle, quatre
» francs en échange ; avec cette somme, j'ai acheté des vivres chez
» divers fournisseurs. Poussée par le remords, j'ai fini par glisser
» sous la porte de la propriétaire la reconnaissance d'engagement.

» La dame O... interrogée, dit qu'il n'a été rien pris ni engagé,
» que la couverture est encore sur le lit et qu'elle n'a pas reçu de
» reconnaissance. La malade soutient sa déclaration. »

Voici une autre observation du même où la banalité et l'uniformité habituelle des aveux des alcooliques fait place à une invention plus originale.

« P..., parqueteur, 20 ans, se rend le 27 février à un sergent de
» ville disant qu'il fait partie d'une société secrète, qu'il est chargé
» de tuer l'empereur. Le complot doit être mis à exécution le lende-
» main à onze heures. Un pistolet lui a été remis à cet effet par le
» nommé R..., son oncle, employé au télégraphe. Le signal doit être
» donné par le mot : *le nègre*. Il entrera aisément au château, au
» besoin il ira à Versailles où il sait que l'empereur doit se rendre
» *incognito*. Si l'affaire manque, elle sera renvoyée au lundi ou l'em-
» pereur doit passer la journée à Louvecienne.

» P. . est robuste, bien portant, sans tremblement ni fièvre. Il
» fournit pertinemment tous les renseignements qu'on lui demande
» sur ses antécédents, sa profession, sa famille. Le délire se dissipe
» trois jours après son arrestation qui avait lieu presque immédiate-
» ment après la condamnation de Greco, pour tentative d'assassinat
» sur la personne de l'empereur. »

L'auteur à qui nous avons emprunté les observations qui précèdent a pu dire sans trop de paradoxe qu'il y avait une identité presque complète entre le délire alcoolique et le rêve. Quelle meilleure preuve en peut-on trouver que ce conte romanesque d'une conspiration imaginaire ?

Dans certains états névropathiques et en particulier dans l'hystérie, les rêves et les hallucinations peuvent, à n'en pas douter, être le point de départ d'auto-accusations imaginaires, de même qu'ils sont, ainsi que nous espérons le démontrer plus loin, le point de départ de dénonciations et d'accusations mensongères contre autrui, dont

l'inanité est si difficile parfois à mettre en lumière. Du xve au xviiie siècle, les hystériques s'avouent sorciers, et ceux qu'on arrête à tout bout de champ s'empressent la plus part du temps, de confirmer par leurs révélations les charges qu'on faisait peser alors sur les disciples de Satan. Les uns avouaient avoir tué et mangé des enfants nouveau-nés. Une sage-femme qui fut brûlée dans le diocèse de Bâle s'accusait d'avoir à elle seule donné la mort à plus de quarante enfants. D'autres s'accusaient d'homicide et de lycanthropie, d'autres d'immondes promiscuités avec le démon, d'autres encore, d'avoir soulevé des tempêtes, et d'avoir causé mort d'hommes et perte de leurs biens. (1)

« Un simple rêve, dans certains états du système nerveux, est, dit le savant neurologiste Hammond, impossible à distinguer de la réalité. Une malade, une dame dont la fonction menstruelle était troublée, m'apprit il y a quelques jours qu'elle s'était levée dans la nuit et était allée visiter un gentleman de sa connaissance qui demeurait dans un quartier éloigné de la ville et qu'elle était demeurée chez lui jusqu'au matin. Une enquête rigoureuse prouva jusqu'à l'évidence qu'il n'y avait pas un mot de vrai dans son récit ; qu'elle n'avait pas le moins du monde quitté son domicile et que le gentleman en question était ce jour-là absent de la ville. Sans aucun doute, toute l'aventure n'avait d'autre fondement que la réviviscence d'un rêve. » (2)

Nous pensons que la dame dont il est ici question était atteinte d'hystérie et que le rêve à la réalité duquel elle ajoutait une foi si entière était une simple manifestation de cette maladie.

Lasègue a beaucoup insisté sur les différences qui séparent les *nerveux* des *cérébraux,* c'est-à-dire les malades qui ne doivent leurs troubles mentaux qu'à une diathèse névropathique, et ceux qui en sont redevables à une irritation locale causée par un traumatisme ancien, une lésion spontanée ou une malformation du crâne. Chez ces derniers, le trouble mental revenant en général, par accès, peut revêtir les formes les plus inattendues ; et il n'est pas impossible de rencontrer de ces malades qui, en proie à une exaltation extrême du sentiment de la personnalité, cherchent, en s'accusant de crimes imaginaires, à se donner comme les génies du mal, à se poser en héros de la perversité.

(1) Calmeil. — De la Folie considérée sous le point de vue pathologique, etc. Paris 1845.
(2) The medico-légal value of confession as an evidence of guilt by. W.-A. Hammond, 1871.

Baume cite l'exemple d'un marin, qui pendant la convalescence d'une pneumonie grave, s'étant mis à abuser des liqueurs alcooliques et en particulier de l'absinthe, fut pris soudainement d'une impulsion irrésistible à l'homicide et tua raide d'un coup de pistolet un tailleur qui ne lui avait jamais rien fait et avec qui il venait de tenir la conversation la plus amicale.

Pendant l'instruction, l'accusé prit à tâche d'accumuler sur sa tête les charges les plus aggravantes de préméditation et de guet-apens, en attribuant son crime à un mobile de vengeance qui n'existait pas. Il caressait avec une sorte d'exaltation la perspective d'une exécution publique à laquelle il se proposait d'aller avec crânerie. Il avait essayé de se donner la mort et avait manifesté fréquemment des idées de suicide.

L'enquête établit qu'à peu près tous les ans vers le mois de février, ce cérébral, qui avait fait de nombreuses campagnes et avait été frappé d'insolation aux Antilles, était sujet à des malaises bizarres qui se traduisaient toujours par la perte du sommeil et de l'appétit et par un état fébrile avec accès rémittents. (1)

La soif de notoriété, dit encore Hammond, peut quelquefois être la cause déterminante d'un faux aveu. Il raconte qu'il fut un jour requis de visiter en prison un homme qui s'était accusé d'être membre d'une bande de contrefacteurs. Cet individu avait écrit une lettre au secrétaire du Trésor, dans laquelle il donnait, avec les détails les plus minutieux, l'organisation de la bande et dénonçait comme en faisant partie les citoyens les plus éminents et les plus respectables des Etats-Unis appartenant aux deux partis politiques. Ses dénonciations furent prises au sérieux et le chef de la police fut désigné pour éclaircir l'affaire dans le plus grand secret. Ce dernier ne tarda pas à soupçonner que l'histoire était de pure invention. Néanmoins, le factum avait fait une telle impression à Washington et on y ajoutait une telle foi en haut lieu qu'il avait été question d'arrêter les prétendus membres de l'association, gouverneurs d'Etats, sénateurs, représentants, officiers supérieurs de l'armée et d'autres administrations. « Je trouvai, dit Hammond, le dénonciateur parfaitement lucide, mais flottant et contradictoire dans ses dénonciations. L'examen du crâne montra qu'il avait reçu une balle de fusil dans la tête, circonstance qui jointe au manque de sommeil, à des signes de

(1) Baume. — Quelques matériaux apportés à la médecine légale des aliénés. (Ann. méd. psych. 1881, t. II).

congestion cérébrale, et à l'existence évidente d'un trouble hallucinatoire de l'intelligence, me convainquit que c'était plutôt un sujet pour l'Asile de Blackwell's Island que pour la prison. » (1)

Les mobiles auxquels obéissent certains dégénérés, en se dénonçant comme coupables de crimes imaginaires, ne sont pas toujours faciles à élucider. Témoin le fait suivant que nous a communiqué le Dr Giraud, et que nous résumons d'après le rapport médico-légal encore inédit qu'il a bien voulu nous communiquer.

Dans la nuit du 17 au 18 février 1880, un violent incendie éclatait dans la commune de Fains et détruisait plusieurs maisons d'habitation. Le 20 du même mois, un vieux tisserand demeurant à Bar-le-Duc était trouvé pendu dans sa maison. Trois ans après, un individu âgé de 21 ans, nommé Leroy, subissant une condamnation à la prison de Bar, écrivait au commissaire de police pour s'accuser d'avoir allumé l'incendie de Fains et d'avoir donné la mort au vieux tisserand.

Leroy, vrai dégénéré, à cheval sur les frontières du crime et de la folie, appartenait à une famille dont la réputation était des plus mauvaises. A dix ans, il commettait un vol et était condamné à être maintenu dans une maison de correction jusqu'à l'âge de 16 ans. Pendant son séjour dans cet établissement, le Directeur avait remarqué qu'il avait un caractère bizarre, et qu'à certains moments on pouvait le croire atteint de folie. Après sa libération, il subit successivement de nombreuses condamnations pour vagabondage, outrages aux magistrats, vols, insultes aux gardiens des maisons d'arrêt, condamnations dont les motifs montrent bien non seulement sa nature vicieuse, mais encore sa déséquilibration mentale et son absence complète de sens moral. A deux reprises le jour même de sa sortie de prison, il revient se constituer prisonnier, ne voulant pas de sa liberté et prétextant son état de vagabondage. Il prend de faux noms, dénonce des complices imaginaires, invente des incidents fantaisistes de nature à égarer la justice, se fait le héros d'aventures romanesques qu'il reconnaît fausses l'instant d'après et enfin, après trois ans de détention, fait l'aveu des deux crimes dont nous avons précédemment parlé.

Il fut démontré qu'il n'avait commis aucun de ces deux crimes. En s'en déclarant coupable, espérait-il mettre un terme à sa détention

(1) W.-A. Hammond. Loc. cit.

correctionnelle dont il était las ? Voulait-il se créer une célébrite malsaine, mystifier les juges, se débarrasser, comme il l'a prétendu, d'une obsession hallucinatoire qui lui faisait voir toutes les nuits le pendu de Bar-le-Duc ? Peut-être ne le savait-il pas au juste lui-même.

Un individu faussement accusé d'un crime dont il se défend d'ailleurs avec énergie peut, pendant le cours de son procès, tomber dans la folie mélancolique et finir par faire des aveux mensongers, sous l'influence de ses conceptions délirantes. A défaut d'exemple plus récent nous pouvons rappeler l'histoire du prêtre Gaufridi, qui succombant à la honte et à la douleur que lui causaient les dénonciations insensées de deux moinesses hystériques, tomba, au cours de son procès, en plein accès mélancolique et finit par avouer tout ce dont il était accusé, se livrant ainsi de lui-même au supplice infâme qui l'attendait.

Un autre cas embarrassant peut se présenter : un homme est accusé d'un crime et proteste de son innocence ; il perd la raison et avoue sa culpabilité, puis il guérit et nie formellement qu'il soit l'auteur de l'acte incriminé.

Legrand du Saulle, qui a discuté cette hypothèse, emprunte à M. Dagonet le cas suivant, dont nous ne donnons qu'un court résumé :

Ignace W... est accusé d'avoir tué un garde-forestier, mais il n'existe contre lui que des charges assez insignifiantes. On l'emprisonne. Quelques semaines après il devient aliéné et fait spontanément des aveux formels. Il a alors des hallucinations et ne parle que de sang versé et de guillotine. Il entend le pas des gendarmes qui viennent pour l'arrêter. « J'ai porté le coup, s'écrie-il ; j'en fais l'aveu ; maintenant, laissez-moi tranquille. »

Quand il revient au bout de quelque temps à la raison, il n'a pas d'expressions assez énergiques pour protester de son innocence.

M. Dagonet fut consulté par le défenseur et développa cette thèse, adoptée ensuite par la cour, que les aveux faits par un accusé dans un moment de folie ne peuvent avoir aucune valeur sérieuse aux yeux de la justice. Ignace était d'ailleurs un héréditaire connu pour sa déséquilibration mentale.

Telles sont, croyons-nous, les principales circonstances dans lesquelles les aliénés s'accusent de crimes et de délits imaginaires. En résumé, c'est à la mélancolie simple et à la mélancolie alcoolique

qu'appartiennent presque exclusivement les auteurs de ces confessions qui ne nous semblent pas, en somme, devoir créer de réelles difficultés aux magistrats devant qui elles se produisent, quelle que soit leur incompétence en psychologie morbide, et encore moins aux médecins chargés d'examiner l'état mental de ces malades. Les auto-accusations plus rares des hystériques et des fous moraux pourraient seules soulever des difficultés sérieuses en raison de leur vraisemblance et de la lucidité apparente de leurs auteurs. Mais autant les dénonciations fausses dirigées contre autrui sont fréquentes dans la bouche de ces individus, autant les dénonciations contre eux-mêmes sont rares.

Les faits que nous venons d'exposer doivent cependant nous mettre en garde contre cette opinion vulgaire, que l'aveu d'un crime est la preuve la plus certaine de la culpabilité de celui qui avoue. Cette opinion est basée sur le principe de la prédominance absolue, chez l'homme, du sentiment de la conservation personnelle. Quelle apparence y a-t-il, pour ceux qui ont une foi absolue en ce principe qu'un innocent aille faire des révélations contraires à ses intérêts ; et n'est-il pas évident que celui qui, par des aveux spontanés, sacrifie de lui-même son honneur, sa liberté et même sa vie, doit nécessairement être sincère et dire la vérité ?

Hé bien ! nous avons suffisamment prouvé les dangers d'une pareille théorie. Elle a disparu fort heureusement de nos codes, mais certains pays, et en particulier l'Angleterre, l'ont gardée. D'après les lois anglaises, l'aveu d'un crime arrête toute information, toute instruction, toute procédure ; l'accusé avoue ? cela suffit pour entraîner *de plano* sa condamnation ; il comparaît, non devant le jury, mais devant le juge qui enregistre sa déclaration de culpabilité et prononce la sentence. (1)

J'emprunte à M. Hammond un exemple bien dramatique du danger de pareilles dispositions légales.

Le matin du 30 juin 1860 un enfant de quatre ans, Francis Saville Kent, fut trouvé mort dans le voisinage de la maison de son père, la gorge coupée, la poitrine ouverte et le cœur transpercé. Le corps était enveloppé dans une couverture provenant du lit où il avait passé la nuit, et reposait sur un de ces morceaux de flanelle dont se servent les femmes pour se couvrir la poitrine ; à côté du cadavre se trouvait un fragment de journal ayant évidemment servi à essuyer un couteau

(1) Hammond. Loc. cit.

ensanglanté. La nourrice qui couchait auprès de l'enfant et d'un autre plus jeune dans une chambre séparée, ne s'était aperçue de rien ; aucun des membres de la famille composée de douze personnes, y compris les domestiques, n'avait entendu le moindre bruit ; aucune effraction n'avait été commise dans la maison ; pas de sang dans les escaliers ; dans le jardin, pas traces de lutte.

Les soupçons tombèrent sur M. Kent, sur la nourrice et sur une fille que M. Kent avait eue d'un premier lit ; mais on ne découvrit aucun indice qui permît d'établir nettement leur culpabilité Les soupçons s'étaient surtout arrêtés sur la jeune fille qu'on avait entendue, en diverses occasions, manifester des sentiments d'aversions et de jalousie contre la jeune victime. Une de ses chemises de nuit manquait et n'avait pu être retrouvée. Et c'étaient les seuls indices qu'on eût découverts.

En apprenant la cause de son arrestation, elle versa d'abondantes larmes, mais devant le juge elle retrouva toute son énergie et subit l'interrogatoire avec la liberté d'esprit d'une personne ayant en apparence une pleine conscience de son innocence. Sa culpabilité n'ayant pas été établie, l'affaire fut classée.

Deux ans après elle entra dans une sorte de maison religieuse d'éducation. Elle en sortit, au bout de trois années, pour se présenter devant la justice et confesser le meurtre de son frère. Son procès s'ouvrit, elle *plaida coupable* et sans autre formalité, conformément à la loi anglaise, elle fut condamnée.

Était-elle réellement coupable et dans ce cas, n'avait-elle pas succombé à un de ces accès de folie impulsive qui seuls peuvent expliquer l'atrocité de certains crimes ? Ou bien n'était-ce pas tout simplement une mélancolique qui, sous l'influence d'une exaltation religieuse maladive, était venue faire l'aveu d'un crime dont son imagination avait été vivement frappée, mais auquel elle était restée étrangère ? Ces questions ne furent pas posées ; la science et encore plus la justice auraient voulu qu'elles le fussent.

III.

Si l'aliéné s'accuse parfois, il est infiniment plus fréquent de le voir accuser les autres. L'aliéné, quel que soit le degré d'altération de son intelligence et de sa sensibilité morale, est un être anti-social par excellence. Ne se sentant en communion d'idées et de sentiments

avec personne, il est porté à s'isoler des autres hommes et partant, à les craindre, puis à les soupçonner. Aussi à part les formes cliniques de la folie qui s'accompagnent d'un délire général et d'une perturbation totale des fonctions psychiques, voit-on que toutes les autres favorisent chez les aliénés l'esprit de délation et la tendance à émettre contre autrui des accusations mensongères.

De toutes les accusations, de toutes les dénonciations dont les aliénés se font les éditeurs irresponsables, beaucoup sont absurdes ou puériles, aucune n'est indifférente. A notre époque de suspicion universelle et de publicité à outrance, la calomnie la plus extravagante trouve toujours un écho pour la répéter, un journal pour la répandre et des masses de lecteurs pour l'accepter sans discussion.

Un aliéné de marque, après sa sortie d'une maison de santé, se plaint d'avoir été l'objet de tentatives criminelles destinées à lui faire perdre la raison et la vie. Ses dénonciations ineptes sont recueillies par la presse tout entière qui les reproduit avec un empressement qu'assaisonne une pointe de bienveillance, et même d'approbation. « J'affirme, d'après mon expérience personnelle, pouvait dire quelques jours après à l'Académie de Médecine M. Ball, que cet étrange roman a provoqué une émotion profonde dans toutes les classes de la société ; et ce sera l'un des étonnements des hommes de science de voir que le diagnostic formulé par les autorités les plus éminentes n'a pas suffi pour contre-balancer dans l'esprit du grand public les assertions sans fondement de quelques journalistes. » (1)

Un autre, séquestré dans un Asile, entend le médecin parler d'étranglement interne à propos d'une obstruction intestinale dont un de ses compagnons d'infortune vient de mourir ; il en conclut immédiatement que ce malade a été *étranglé par un interne*, et cette stupide accusation formulée par un aliéné n'en est pas moins avidement recueillie et, avant tout contrôle, livrée aux autorités compétentes.

Je me contente de rappeler ces deux exemples caractéristiques. Ils suffisent amplement à démontrer que même les faux témoignages des fous les plus fous ne sont pas une quantité négligeable.

On peut dire que le danger de ces accusations calomnieuses est en raison directe du degré de lucidité apparente de l'aliéné et en raison inverse des connaissances du magistrat en psychologie morbide. Nous allons passer en revue les diverses formes mentales qui donnent lieu à ces dénonciations, en commençant par les cas les plus simples et

(1) B. Ball. Encéphale, 1887.

les moins susceptibles d'abuser longtemps la sagacité des médecins et des juges et nous essayerons d'en dégager l'importance médico-légale.

L'affaiblissement sénile de l'intelligence surtout chez les désiquilibrés et les héréditaires peut se larver sous l'aspect d'une véritable folie morale et on a vu des déments aller jusqu'au crime, jusqu'à l'assassinat pour assouvir une haine puérile et injustifiée (1). De même les troubles de la sensibilité affective et du caractère sont un des symptômes les plus précoces et les plus constants des démences organiques, aussi les accusations mensongères contre autrui et principalement contre les personnes de la famille et de l'entourage sont-elles fréquemment articulées par ces déments.

Ils se plaignent surtout de spoliations, de vols commis à leur préjudice, d'injures et de sévices graves.

Mme S... est frappée à quarante-neuf ans d'une attaque d'apoplexie qui laisse un léger affaiblissement du côté gauche. Jusqu'alors en bons termes avec sa famille, on la voit bientôt, non sans surprise, accuser ses plus proches parents de l'avoir dépouillée dans une succession et entamer contre eux une série de procès, sans se lasser des échecs successifs qui lui furent infligés. Ce n'est que plusieurs années après qu'éclatèrent des troubles intellectuels mieux caractérisés qui nécessitèrent sa séquestration.

Les accusations d'infidélité conjugale et d'adultère sont aussi fréquemment articulées par ces malades. Enfin, ils peuvent, toujours poussés par leurs perversions affectives, formuler des dénonciations sinon plus graves, du moins plus vraisemblables et mettre ainsi en question, ne fut-ce qu'un moment, l'honorabilité des personnes les plus recommandables.

Un employé des postes à qui nous avons donné des soins pendant plusieurs années est frappé à vingt-huit ans d'une attaque d'apoplexie qui le laisse paralysé du bras droit et partiellement aphasique. Retiré chez ses parents, braves paysans aisés et laborieux, il se prend peu à peu pour eux d'une haine d'une intensité extraordinaire se traduisant par les invectives les plus sanglantes et les accusations les plus mensongères. Il les accuse, entre autres choses, d'avoir allumé, chez un voisin, l'incendie qui venait de détruire sa maison. L'accusation était faite avec un tel caractère de vraisemblance que les pauvres gens se trouvèrent dans l'obligation de prouver leur innocence. Ce malade

(1) Motet, Ballet, Richardière. — Ann. d'hygiène et de méd. lég., juillet 1891.

tomba peu à peu dans une démence progressive qui nécessita sa séquestration.

Les troubles intellectuels d'origine alcoolique peuvent ne toucher que légèrement l'intelligence mais léser plus profondément les sentiments affectifs. Il peut arriver alors que l'alcoolique vienne dénoncer des délits ou des crimes imaginaires dont la fausseté n'est pas tout d'abord évidente. Comme les déments dont nous venons de parler et dont les rapproche un degré plus ou moins marqué d'hébétude intellectuelle, ils se plaignent souvent de leurs infortunes conjugales. Les crimes qu'ils dénoncent parfois ont en général quelque détail fantastique qui s'oppose à ce qu'on les prenne au sérieux.

« Il se peut, dit Lasègue, que la donnée délirante ne s'épuise pas sur une seule idée, mais que l'alcoolique complète son récit par des détails imaginaires destinés à lui donner plus de vraisemblance. On voit alors, sous l'influence de l'alcoolisme, se produire des imaginations romanesques analogues à celles que racontent certains hystériques, mais beaucoup plus confuses. »

Nous avons vu précédemment que les crimes retentissants suscitaient presque à coup sûr de faux aveux de culpabilité de la part de certains aliénés. Les mêmes évènements malheureux provoquent parfois, quoique bien moins souvent, des dénonciations mensongères de la part d'individus dont l'intelligence est troublée.

En 1886, un nommé Blot commit deux violations de sépulture au cimetière Saint-Ouen. Quelques jours après un aliéné venait s'en déclarer l'auteur et accuser un de ses amis d'avoir été son complice dans cette répugnante affaire.

La même année un aliéné dénonçait et faisait arrêter un individu comme coupable de meurtre du préfet Barrême. Plusieurs mois après, un paysan de l'Eure venait à Paris et dénonçait son maître comme étant l'auteur de ce même assassinat.

Comme pour les auto-accusations du même genre, nous pensons que l'alcoolisme joue ici un rôle prédominant et que des hallucinations d'origine toxique sont le point de départ de ces dénonciations puériles.

Il semble que l'épuisement nerveux qui suit les grandes maladies mentales et qui précède la convalescence soit de nature à favoriser la production d'illusions aboutissant à des dénonciations mensongères.

« Nous nous souvenons, dit Legrand du Saulle, d'avoir soigné un

jeune homme, qui, à un moment peu éloigné de sa convalescence, accusa un infirmier de s'être livré sur lui à d'infâmes jouissances. Le fait était absolument faux. Le jeune homme guérit et ne put jamais trouver d'expressions pour se justifier assez d'avoir inventé un mensonge aussi odieux. » (1)

Peut-être cette accusation était-elle la conséquence d'un rêve ayant laissé dans l'esprit du malade une empreinte profonde, comme nous le verrons plus loin à propos des hystériques.

Le mélancolique s'accuse, il n'accuse pas les autres. Nous avons vu précédemment comment il s'attribue des fautes qu'il n'a pas commises.

Le maniaque par le trouble général de ses facultés et par l'incohérence de son langage, qui supprime presque tout rapport intelligent entre lui et le monde extérieur, se trouve être forcément étranger aux questions de faux témoignages.

Parmi les aliénés dont la sensibilité morale est profondément troublée, ceux dont l'affection est circulaire ou intermittente tiennent une importante place. Pendant leurs accès d'excitation, ils se livrent aux écarts les plus dangereux, commettent des actes immoraux ou délictueux, lancent les accusations les plus fausses, les diffamations les plus grossières même contre les personnes qui leur ont rendu des services. En parlant des aliénés raisonnants dont il sera question plus loin, M. J. Falret s'est exprimé ainsi : « Il faut avoir vécu avec de pareils malades pour se faire une juste idée des histoires infernales qu'ils sont capables d'inventer, du trouble et des luttes intestines qu'ils répandent dans leur entourage. » Ces paroles, comme le fait justement remarquer M. Ritti (2), pourraient entièrement s'appliquer aux aliénés circulaires qui, comme eux, appartiennent à la grande famille des héréditaires. Calomnie, taquinerie, cruauté, ivrognerie, obscénité, vol ; ainsi se résument, selon M. Marandon de Montyel, les défauts du circulaire : « aux autorités supérieures il dénonce et calomnie le médecin, au médecin les surveillants, aux surveillants les malades, et ces derniers les uns aux autres. » (3)

Cependant les circulaires sont rarement méconnus, et il ne semble pas, si l'on consulte les faits de faux témoignages, que leurs accusations fausses aient souvent pénétré dans l'enceinte des tribunaux

(1) Legrand du Saulle. Loc. cit.
(2) Ritti. Traité clinique de la folie à double forme. Paris. 1883.
(3) M. de Montyel. — Ann. d'hygiène, décembre 1892.

et joué un rôle dans les causes judiciaires. De même qu'il se rapproche du vice et s'éloigne de la criminalité, le circulaire a plus souvent recours à la calomnie et aux insinuations qu'aux dénonciations proprement dites.

Dans le délire de persécution à évolution systématique, le malade se livre à des accusations incessantes contre ses prétendus persécuteurs, mais le caractère absurde et manifestement délirant de ces accusations suffit en général à les rendre inoffensives. Nous ne connaissons pas d'exemple d'une accusation de persécuté ordinaire ayant eu des suites judiciaires quelconques.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne les accusations de cette variété de persécutés désignés sous le nom de *persécutés raisonnants* ou de *persécutés persécuteurs*. Ce qui distingue ces derniers au point de vue psychique, c'est la lucidité apparente de leur intelligence et la vraisemblance de leurs griefs.

Le persécuté ordinaire emprunte ses dénonciations à ses interprétations délirantes : de là leur absurdité et leur bizarrerie ; le persécuté raisonnant les demande à ses perversions affectives, à son orgueil, à sa défiance, à ses haines, ce qui explique leur apparence raisonnable et la facilité avec laquelle on les accepte.

Le persécuté persécuteur appartient à une des variétés de la folie héréditaire. De simple déséquilibré, il devient peu à peu maniaque raisonnant ou persécuteur, et dans les deux cas, il se transforme en véritable fléau de la famille et de la société. Lorsqu'il a choisi sa victime, il la poursuit avec un acharnement aveugle et irrésistible. Plein de lui-même, de ses mérites, de la valeur de ses revendications, rien ne l'arrête ; il passe ses jours dans les antichambres des personnages influents, des hommes d'affaires, des juges et les inonde des flots de sa prose accusatrice. « Il n'a de respect pour rien, ne recule devant rien ; il lui arrive de signer les dénonciations les plus calomnieuses et les plus infâmes. Quelques minutes avant de se suicider, il écrit, dénonce encore, et pour donner du poids à ce qu'il va faire connaître, il invoque la solennité du moment. » (1)

Parmi les illustrations de la folie raisonnante et persécutrice, nous nous contenterons de citer les noms de Paganel et surtout de Sandon, dont les observations sont dans toutes les mémoires.

Un des types les plus curieux de la folie persécutrice est le *pro-*

(1) Legrand du Saulle. — Le délire des persécutions. Paris, 1887.

cessif. Le moindre prétexte lui est bon pour entamer, comme dit l'auteur que nous venons de citer, la série de ces contestations judiciaires et épuiser toute la série des juridictions. Les échecs le tiennent en haleine et stimulent son ardeur. A-t-il succombé dans un dernier recours, il se retourne contre ses hommes d'affaires et les accuse d'être des imbéciles ou d'avoir pactisé avec ses adversaires ; enfin il dénonce la partialité ou la vénalité des juges. Casper cite quelques observations de processifs plusieurs fois condamnés dans leurs revendications fausses, et longtemps méconnus comme aliénés.

L'insociabilité de la persécutée persécutrice peut se manifester, comme celle du persécuté persécuteur, dans toutes les relations de la vie et sous toutes les formes ; mais là où elle éclate avec le plus de fréquence, c'est dans le ménage. Le mari est une proie désignée d'avance à l'humeur querelleuse, aux penchants haineux, et enfin à l'appétit de soupçon qui dévorent cette sorte de malades. Lorsqu'après une période plus ou moins longue de guerre sourde et intime, la mésintelligence éclate au grand jour, la persécutrice, pour entamer son action en séparation ou en divorce, court droit au scandale et c'est avant tout dans ses mœurs qu'est attaqué le mari ; heureux quand il n'a à répondre qu'à une accusation d'adultère ; quand il n'a pas à se défendre contre des imputations ignobles, comme d'avoir communiqué à sa femme des maladies honteuses, d'avoir des passions infâmes ou d'avoir introduit des étrangers dans le lit conjugal.

Mme G... à vingt ans se fait religieuse et pendant quatre ans se livre à l'enseignement congréganiste. Elle croit bientôt s'apercevoir que la communauté convoite la fortune qui doit lui échoir à la mort de ses parents et sous l'influence d'idées de persécution absurdes, jette le froc aux orties et rentre dans la vie civile. Elle se marie bientôt après. Au bout de quelque temps, elle s'imagine que son mari a des rapports secrets avec la communauté dont elle s'est autrefois brusquement séparée ; ses idées de persécution renaissent ; son beau-père ne tarde pas à être compris dans ses suspicions ; ses assiduités dans la maison de son fils lui paraissent louches ; il y a là un complot qu'elle veut percer à jour et elle entame un procès en séparation. Entre autres griefs, elle accuse son mari de mœurs ignobles, de lui voler et de dilapider sa fortune ; son beau-père est un satyre qui n'avait d'autre but que de la séduire ; ils ne sont d'ailleurs l'un et l'autre que des instruments aux mains de la communauté rapace. Elle perd son procès, va en appel, puis en cassation ; assiège avoués, avocats, juges, ministres mêmes ; elle succombe devant toutes les

juridictions et n'en poursuit pas moins, par des démarches et des écrits incessants, ses revendications. La loi du divorce est votée ; elle repart en guerre, plaide encore en première instance et en appel ; elle devient la terreur des juges jusqu'au jour où l'excitation devenant dangereuse, on est obligé de la séquestrer d'office.

Madame T... âgée de 45 ans, héréditaire, présente au plus haut degré l'état mental des persécutés persécuteurs. Elle assiège les autorités de ses plaintes et de ses dénonciations contre certaines personnes qu'elle dit ses créanciers ; contre les hommes de loi qui l'auraient dépouillée, contre son mari, avec qui elle a plaidé en séparation il y a plusieurs années sous prétexte qu'il rapportait au lit conjugal des maladies vénériennes. Il est à remarquer qu'elle vivait, elle-même, en ces derniers temps, avec un amant qu'elle attaque aujourd'hui devant les tribunaux, lui réclamant une grosse somme d'argent. Plusieurs personnes honorables ont été inquiétées à cause d'elle. Enfin, s'étant présentée un jour dans l'antichambre du Procureur de la République un révolver à la main, on l'arrêta et elle fut séquestrée. Aussitôt elle se répand en réclamations bruyantes ; du matin au soir elle écrit aux magistrats judiciaires et administratifs, à l'autorité militaire dont elle réclame l'intervention en raison de sa parenté avec trois officiers généraux ; aux ministres, au Président de la République. Dans ses écrits tour à tour indignés, ironiques, irrités, suppliants, insultants, furieux, jamais il n'a été possible de découvrir le moindre indice d'un délire vésanique.

Mme Z... appartient à une famille d'aliénés. A peine mariée elle se révèle dans tout son jour, dissipe le bien commun, disparaît à plusieurs reprises du domicile conjugal, a des amants, se retire dans sa famille où elle met le trouble et d'où on est obligé de l'expulser, abandonne ses propres enfants et va se placer comme bonne dans une riche famille où son mari ne la découvre qu'après dix mois de recherches ; entre au couvent, et en sort pour accuser la supérieure de séquestration arbitraire, finalement demande aux tribunaux sa séparation de corps en se basant sur les mauvais traitements que lui a infligés son mari. Un avocat éminent s'intéresse à son affaire, des gens honorables qu'elle a réussi à abuser sont pour elle ; l'opinion publique a déjà condamné le malheureux mari avant même la sentence des juges.

Cette femme qui depuis mène une vie vagabonde, a eu plusieurs accès de folie aiguë ressemblant à l'excitation maniaque des circulaires mais non suivis de période dépressive. Nous avons eu connais-

sance du mémoire justificatif qu'elle rédigea au moment de son procès en séparation ; les griefs qu'elle articule contre son mari y sont présentés d'une plume émue, avec un ordre, une habileté, une vraisemblance des plus remarquables : « Le jour des noces, qui doit être pour une jeune fille rempli des plus douces émotions, je pleurai... Etre grossier, sans délicatesse, il était incapable d'apprécier mes qualités de cœur. Epouse et bientôt mère j'allais être abreuvée des tourments les plus affreux... Dans ses relations intimes avec moi, il abusait de ma naïveté pour assouvir ses passions honteuses... »

Un des plus curieux procès de ce genre est celui que la Cour des divorces de Londres a eu à juger en 1891. Lady Abdy accusait son mari d'adultère avec une riche américaine Mme de Benitez, dont la résidence est à Buenos-Ayres, mais qui a longtemps habité Paris. C'est dans cette ville que ce seraient passés les faits incriminés. Lady Abdy fit défiler devant le tribunal une série de témoins, tailleurs, coiffeurs, cuisinières et concierges français qui ont prétendu reconnaître en sir William Abdy un visiteur assidu de Mme de Benitez. Il se présentait comme médecin, s'enfermait avec elle dans un boudoir et affectait une légère claudication. Ils ont en outre remarqué que Mme de Benitez, qui n'avait pas l'air très riche, s'est trouvée tout à coup dans l'opulence, ce qui ne leur a pas paru naturel.

Le journal qui rend compte de cette affaire ajoute :

« Sir William Abdy a démontré qu'aux différents moments où on prétendait l'avoir vu à Paris, il était à Spa ou à Londres. Quant à Mme de Benitez, devenue riche par l'héritage d'un proche parent et qui a fait, expressément pour se défendre, le voyage de Buenos-Ayres, elle a déclaré qu'elle était, *depuis huit ans,* en butte aux attaques de lady Abdy, attaques auxquelles elle n'a jamais rien compris ; elle n'avait jamais vu sir William avant d'avoir le coûteux honneur de le rencontrer à la barre du tribunal. Elle a fait donner, par son avocat, lecture d'une lettre de lady Abdy, et qui semble démontrer que celle-ci est possédée du délire de persécution. Lady Abdy lui reproche, en effet, « d'avoir rendu son mari malade, de s'être fait donner par lui tous les bijoux à elle appartenant, et aussi sa belle dentelle noire de Chantilly, unique au monde, ses tableaux des vieux maîtres, son velours de Gênes, ses meubles et ses tapisseries des Gobelins, plus de 800,000 francs de bel argent vivant. De ce non contente, Mme de Benitez, qui a fait des études de toxicologie approfondies, a essayé, à plusieurs reprises, de la faire empoisonner. »

Lady Abdy a perdu son procès. Les détails qui précèdent suffisent

pour établir qu'elle appartient bien à la catégorie des persécutés persécuteurs.

C'est encore à la folie héréditaire qu'appartiennent ces individus qui, au sortir des établissements où on a dû les placer temporairement, entament des poursuites contre les médecins qu'ils accusent de mauvais traitements ou de séquestration arbitraire. Un des cas les plus curieux de ce genre a été publié par le Dr Dagron.

Mlle X... (1) appartenait à une famille d'aliénés et avait donné toute sa vie des signes de déséquilibration mentale et de folie raisonnante. Raisonnable en affaires, elle était absolument intolérable dans la vie de tous les jours et rendait son père martyr. Pendant de longues années elle assiégea les hommes de loi pour leur confier les griefs imaginaires qu'elle articulait contre lui. Enfin elle l'accuse d'avoir favorisé sur sa personne et sur celle de sa sœur un attentat odieux. Après leur avoir fait prendre un narcotique, M. X... aurait introduit dans leur chambre le sous-préfet de l'arrondissement qui aurait assouvi sa passion sur elles ; une grossesse dont Mlle X... attendit l'issue pendant deux ans s'en serait suivie. Une chemise trouvée à son domicile portait une étiquette ainsi conçue : « chemise que je portais dans la nuit fatale du... »

L'aliénation ayant pris des proportions inattendues, cette accusation n'eut aucune suite et la séquestration des deux sœurs s'imposa. Au bout de quelque temps elles sortirent améliorées.

Deux ans après, Dagron reçoit d'un avocat la lettre suivante : « Cette malheureuse demoiselle que j'ai souvent dans mon cabinet a été examinée par moi et je n'ai jamais reconnu le moindre dérangement dans ses idées ; bien au contraire. » A cette lettre succéda une demande de 25,000 francs de dommages et intérêts pour séquestration arbitraire. Le procès ne fut arrêté que grâce à l'immunité dont jouissaient à cette époque les fonctionnaires, qui ne pouvaient être poursuivis qu'avec l'autorisation du Conseil d'Etat. Battue de ce côté, Mlle X... se retourne contre son père, perd en première instance, va en appel où un des avocats les plus distingués de Paris plaide pour elle. La première sentence ayant été confirmée, Mlle X..., à la demande du père, se vit nommer un conseil judiciaire.

Dans le fait précédent nous trouvons l'immixtion d'un phénomène habituellement étranger à la folie raisonnante, l'hallucination. Le viol

(1) Dagron. — Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses. Paris, 1861.

dont Mlle X... s'est crue victime pendant son sommeil nous servira de transition à un autre ordre de faits, ceux où l'*hystérie* est l'instigatrice des dénonciations calomnieuses. Il semble, en effet, que la conviction délirante de Mlle X... relève du rêve ou de l'hallucination hystériques. En abordant l'étude des faux témoignages des hystériques, nous touchons au point le plus intéressant et aussi le plus délicat de nos recherches.

L'état mental des hystériques a donné lieu à des études nombreuses, mais un peu confuses, où la génération actuelle se propose de porter la lumière. Les anciens auteurs chargeaient l'hystérique de toutes les iniquités, de toutes les perversités du monde ; ils n'étaient pas éloignés de lui attribuer le monopole de la duplicité, de la simulation, du mensonge. Les nouveaux s'efforcent de démontrer que l'hystérique, en tant qu'hystérique, est innocente de ces énormités ; ils ont, en quelque sorte, entrepris sa réhabilitation au point de vue moral. (1)

Nous n'y contredisons point, loin de là, pourvu que cette réhabilitation ne soit cependant pas trop complète. Nous admettons avec ces auteurs que c'est surtout sa *suggestibilité* qui a valu à l'hystérique sa détestable réputation, mais il est non moins évident pour nous, aliénistes, que l'hystérique est très souvent une dégénérée héréditaire ; qu'à ce titre elle peut avoir à prendre place dans le cadre de la folie morale, et que les perversions morales qu'on observe chez elle ont parfois un caractère tout particulier qui semble résulter de la combinaison des deux névroses.

N'étudier l'état mental des hystériques qu'au point de vue des stigmates de la folie héréditaire serait assurément une faute ; ne l'étudier qu'au point de vue des hallucinations et des délires de l'attaque ne serait pas plus rationnel. Nous envisagerons donc ces deux points de vue en commençant par le dernier.

Ce n'est pas seulement dans leur perversité native en effet, que certaines hystériques puisent les éléments de leurs faux témoignages ; c'est aussi et peut-être même davantage, dans les modalités psychiques qui résultent de la névrose hystérique elle-même.

« L'état mental de l'hystérique, quel qu'il soit, homme, femme ou enfant, dit M. Gilles de la Tourette, a pour caractéristique à l'état de pureté la *suggestibilité*. Cette suggestibilité peut être mise en œuvre de diverses façons, intrinsèques et extrinsèques. La suggestion intrinsèque ou auto-suggestion, naît tout particulièrement du rêve des

(1) H. Colin. — Essai sur l'état mental des hystériques. Paris, 1890.

attaques et des rêves et cauchemars qui agitent le sommeil des hystériques en dehors des attaques, ainsi que l'avait déjà montré Sydenham. C'est le rêve de l'attaque qui porte, après chaque exorcisme, sœur Jeanne des Anges à accuser Urbain Grandier, Madeleine de la Palud à dénoncer Gaufridi et à faire brûler vive la malheureuse Loyse Capel. L'impression du rêve est non seulement assez forte pour créer des hallucinations persistantes après le réveil, mais elle persiste longtemps après l'attaque et imprime à l'état mental un cachet tout particulier qui pourra, à la vérité, être modifié par un rêve ultérieur. » (1)

« En analysant de près les pièces du procès, dit aussi M. Pitres, on est conduit à penser que, dans la majorité des cas, les prétendus mensonges des hystériques sont la conséquence d'hallucinations ou de conceptions délirantes dont les caractères se reproduisent avec une uniformité qui exclut toute idée de supercherie volontaire de la part des malades. » (2)

Ce mécanisme psychologique est le seul, en effet, qui nous donne une explication satisfaisante d'une foule d'aventures extraordinaires dans lesquelles les hystériques se plaignent d'avoir joué le rôle de victimes. Ces aventures, elles ne les ont pas inventées avec l'intention manifeste de tromper, elles les ont simplement rêvées, mais le rêve a laissé des traces tellement profondes dans leur esprit qu'elles y croient comme à la réalité même et que c'est avec conviction qu'elles viennent apporter leurs faux témoignages à la justice. Ces accusations fausses sont en général dirigées contre les familiers, le mari, les serviteurs, les médecins, les prêtres. Les exemples de ces faits sont tellement nombreux que nous sommes embarrassé pour choisir, en présence de l'obligation où nous sommes de ne pas étendre indéfiniment le cadre de ce travail.

Parmi les dénonciations fausses des hystériques, celles d'attentats commis sur leur personne sont les plus fréquentes et aussi les plus graves par leurs conséquences judiciaires. Les hallucinations génitales laissent dans leur esprit des traces profondes et deviennent facilement le point de départ d'accusations fausses de viols et d'attentats à la pudeur.

Le 5 janvier 1840, on trouve, à quelques pas de la maison de son oncle, Marie V... en apparence évanouie, les poignets attachés, son

(1) Gilles de la Tourette. — Etat mental des hystériques. — Ann. d'hygiène et de méd. légales. Juillet 1890.
(2) A. Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, 1891.

propre mouchoir lié sur sa bouche, ses vêtements souillés de boue, sa camisole lacérée. Elle raconte que quatre jeunes gens, dont elle fournit le signalement le plus minutieux, l'avaient attaquée et avaient tenté, mais vainement, de la violer. De dépit, ils lui avaient fait des incisions sur la figure, les bras, la poitrine et plusieurs autres parties du corps.

L'instruction démontra que tout, dans cette aventure, était apocryphe. Cette fille avait eu de fréquentes attaques d'hystérie, de somnambulisme, de visions ascétiques. Au moment de son aventure la rumeur publique répandait le bruit que plusieurs jeunes personnes avaient été attaquées et même déchiquetées. (1)

Le désir de faire parler d'elle, d'émouvoir l'opinion publique, disent les anciens auteurs, l'avait poussée à exécuter ce petit drame ; mais il est clair qu'ils se trompent, et que Marie V..., suggestionnée par la romanesque invention de la rumeur publique, avait rêvé et vécu son rêve.

En 1873, rapporte M. Pitres, une jeune fille de dix-huit ans écrit au procureur général pour se plaindre de viols commis sur sa personne par un ecclésiastique. Elle donne des détails minutieux sur les circonstances dans lesquelles aurait eu lieu l'attentat. Le parquet instruit l'affaire qui aboutit à un procès en assises ; mais les médecins experts ayant constaté que la plaignante était encore vierge, et, d'autre part, l'impossibilité matérielle des faits articulés étant surabondamment démontrée, le ministère public finit par abandonner l'accusation.

Nous ne rappellerons que pour mémoire, tant elle est connue, l'affaire de la Roncière qui eut de si funestes conséquences pour ce dernier (2). Mlle de M..., qui accusa ce jeune officier de s'être introduit la nuit dans sa chambre en cassant un carreau, de l'avoir terrassée, d'avoir inutilement tenté de la violer et de l'avoir ensuite frappée de coups de couteau dans les parties les plus secrètes — toutes ces histoires se ressemblent, comme on voit — Mlle de M..., dis-je, était une hystérique invétérée, sujette à des attaques convulsives, à des accès de somnambulisme, et à des hallucinations.

Nous ne nous hasarderons pas, faute de documents suffisants, à rechercher le point de départ de l'auto-suggestion de Mlle de M... Nous voulons faire remarquer, toutefois, que la suggestion à laquelle

(1) Toulmouche. — Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale, 1re série, t. L. — Legrand du Saulle. — Les hystériques. Paris, 1883.
(2) Voyez : Legrand du Saulle. — Les hystériques. Paris, 1883.

obéissent les hystériques qui se plaignent de viols imaginaires n'est pas toujours *intrinsèque*. M. Gilles de la Tourette, en effet, dans le travail dont nous avons précédemment parlé, cite une hystérique qui, en accusant devant la cour d'assises son amant de l'avoir violée, obéissait aux suggestions de sa famille.

En présence de la dénonciation d'une hystérique il ne faut donc pas, dit très-judicieusement M. Pitres, s'obstiner à trouver un coupable dans l'accusé ou une menteuse dans l'accusatrice ; le point de départ de l'imputation calomnieuse est souvent une hallucination hystérique. « Il faut se placer tout d'abord dans l'hypothèse la plus vraisemblable et se rappeler que, dans la grande majorité des cas, les hystériques qui dénoncent des innocents, racontent des aventures invraisemblables ou se posent en victimes d'outrages irréalisés, sont sincères dans leur déposition, que ce sont des malades hallucinées et non pas de vulgaires simulatrices. »

Cependant, il ne faut pas oublier que l'hystérique peut être en même temps une dégénérée atteinte de folie morale. Il est certains cas où l'acharnement dans la poursuite, l'esprit de suite dans les fausses accusations, la perversité des actes de toute une vie entière se plient difficilement à l'interprétation précédente et qu'il est nécessaire d'admettre concurremment l'existence d'une perversion profonde du sens moral. Le fait suivant, dont nous ne donnons qu'une relation très résumée, me paraît un de ces cas mixtes qui échappent à une explication exclusive.

Une fille de 26 ans, nommée M..., d'un tempérament névropathique très-prédominant, habitant au village de Mesnay près d'Arbois, comptait épouser un jeune homme du nom de B... dont l'inconstance lui fut prouvée. Elle jura de se venger. Un matin la vigne d'un propriétaire du pays fut trouvée ravagée ; un grand nombre de ceps avaient été coupés. M... va dans la journée dénoncer à la justice le frère de son ancien amant et son amant lui-même comme étant les auteurs de ces mutilations. Malgré la défense énergique des accusés, le tribunal crut à la déposition de la jeune fille, et les deux prévenus furent condamnés à quelques mois d'emprisonnement.

L'année suivante, M... rentre un jour au village en criant : A l'assassin ! Elle montre sa poitrine toute sanglante, une plaie qui saignait encore au-dessus du sein gauche et quelques autres blessures légères sur le cou et l'épaule. Elle accuse l'oncle de B... ; cet homme passe en cour d'assises et est condamné à cinq ans de prison.

Peu de temps après M... fit venir le procureur du roi pour lui

montrer de nouvelles blessures. Elle déclara qu'un autre oncle de B... était entré brusquement dans sa chambre, s'était précipité sur elle, avait essayé de l'étrangler et n'en pouvant venir à bout lui avait donné plusieurs coups de couteau et s'était enfui à toutes jambes. Cet homme fut arrêté deux jours après, et faillit être lynché par la population crédule et exaspérée ; il n'échappa à une condamnation qu'en prouvant un alibi.

Peu de temps après, la mère de cette fille arrivant à l'étable pour traire sa vache lui trouva le pis coupé. M... en accusa encore les B... Un jour le feu prit à la maison ; tout le pays y courut, les fourrages furent entièrement consumés : M... répétait sans cesse : Ce sont toujours les B... Une instruction fut ouverte, mais cette fois établit nettement l'innocence des accusés.

Entre temps, M... était passée à l'état d'héroïne et de martyre ; la légende s'en mêla ; le bruit se répandit qu'on avait un matin trouvé à côté d'elle sur son oreiller une couronne de fleurs artificielles portant ces mots : *Corona martyri*. On vint en pèlerinage trouver la vierge martyre.....

Elle eut pourtant le tort de trop vouloir battre monnaie avec la badauderie de ses concitoyens (1) ; les yeux s'ouvrirent, un revirement se fit dans l'opinion publique. Elle fut obligée de quitter le pays. Un cabaretier qui la prit à son service la surprenait six mois après en flagrant délit de vol domestique. Elle fut condamnée à une réclusion perpétuelle et on grâcia sa précédente victime dont l'innocence fut enfin sinon reconnue, du moins soupçonnée ; mais cet homme avait contracté en prison le germe d'une maladie mortelle à laquelle il succombait quelques semaines après sa mise en liberté.

Cependant, quelques années plus tard, M... reçut sa grâce. Elle revint à Arbois où un vigneron eut le courage de l'épouser. On vit bientôt la santé du mari décliner peu à peu et il mourut quelques mois après. M... produisit un testament olographe qui l'instituait héritière de tout ce que laissait le défunt. On eut des soupçons d'empoisonnement qu'on ne parvint pas à justifier, mais le testament fut reconnu faux et M..., traduite de nouveau devant la cour d'assises, fut renvoyée dans une maison de détention pour le reste de ses jours. (2)

La femme M... était hystérique ; elle avait des crises convulsives,

(1) Nous devons faire observer que ces appréciations appartiennent à l'auteur de l'observation, et que nous les résumons simplement d'après sa relation complète.
(2) Bergeret. — Ann. d'hygiène et de méd. légale, 1863.

d'ailleurs, signalées dans la relation complète du Dr Bergeret. Certaines particularités de son odyssée peuvent s'expliquer par l'intermédiaire des hallucinations hystériques, mais les actes nuisibles, les incendies, le faux testament, l'empoisonnement du mari ?

Le 2 juillet 1890 une fillette de quatorze ans, Angélina Rocher, se présente chez le commissaire de police de Joigny et lui fait le récit d'un crime monstrueux : sa famille exerce la profession de saltimbanques ; les affaires vont mal, les enfants sont contraints par le père à commettre des larcins... Aussi le père dit un jour à la mère : « Nous n'avons pas de quoi manger, ton lait s'épuise et est à peine suffisant pour le petit ; c'est une bouche inutile, nous allons nous en débarrasser. » Et, passant près d'une rivière, il jeta le petit à l'eau.

Par trois fois le petit être revint à la surface et le père fut obligé de couper une gaule le long de la rivière pour le faire plonger dans l'eau et l'y maintenir.

Le premier du mois, c'est-à-dire hier mardi, aux environs de Bassou, à deux lieues de Joigny, Rocher enjoignit à ses deux filles d'escalader le mur d'un jardin pour aller y cueillir des framboises. Le mur était recouvert de tessons de bouteilles et, malgré ses efforts, sa petite sœur, qu'Angélina élevait dans ses bras, ne put, tout en se meurtrissant les mains, escalader le mur.

Le père alors, pris de rage, lui frappa violemment le visage sur le mur, la jeta sur le sol et la piétina jusqu'à ce que mort s'ensuivit.

Le petit cadavre fut mis dans la voiture et on continua la route.

Pendant la route, le père marcha sans le vouloir sur la main de la petite morte étendue sur le plancher de la voiture et Angélina se mit à pousser des cris. Rocher résolut aussitôt de se défaire de ce témoin gênant, et aidé de sa femme qui s'opposait à ce qu'il tuât sa seconde fille, il attacha Angélina à un arbre dans un petit bois voisin de la route et la voiture repartit. On était alors au mardi 1er juillet, à neuf heures du matin.

Ce n'est que le lendemain matin, mercredi 2 juillet, que les cris d'Angélina furent entendus par un voiturier passant sur la route avec ses chevaux, qui remit Angélina en liberté, et c'est le soir, à neuf heures, qu'elle arriva à Joigny. (1)

Tel est le récit d'Angélina. Après une enquête laborieuse, on put établir que cette fillette, enfant assistée, placée comme domestique à

(1) Langlois. — Contribution à l'étude de l'état mental chez les hystériques. (Revue de l'Hypnotisme, décembre 1892).

la campagne, s'était tout simplement enfuie de chez son maître et s'était rendue à Joigny sans la moindre aventure romanesque.

Voilà bien une histoire d'hystérique. Rien n'est plus semblable à un rêve que ce drame extraordinaire et cependant Angélina, d'après le Dr Langlois, ne présente aucun stigmate hystérique. Ce n'est pas une raison, nous le reconnaissons, pour qu'elle ne le soit pas et les signes psychiques peuvent suffire au diagnostic. Mais ce qui est non moins certain et encore mieux démontré, c'est qu'Angélina appartient bien à la folie morale : très intelligente, très avancée, très précoce pour son âge, mais vicieuse et débauchée, elle court la nuit dans les bois en compagnie des garnements du pays ; quoique non encore réglée, elle n'est plus vierge ; elle est grande liseuse de feuilletons ; elle est coutumière des lettres anonymes ; elle est paresseuse et menteuse... Tels sont les renseignements précis qui suffisent à nous édifier sur le véritable état de son sens moral.

Il existe dans la science de nombreuses observations analogues, dont l'interprétation rétrospective est difficile, mais où l'on entrevoit cette dualité dans la nature des mobiles qui ont fait agir les hystériques qui en sont les héroïnes. Il semble que la dépravation morale ait fourni le canevas, et que l'hystérie ait fait les broderies. C'est à l'avenir et aux hasards de la clinique médico-légale qu'il appartient de faire la lumière complète sur cette difficile question. Mais dès maintenant il ne nous paraît plus permis d'attribuer purement et simplement au mensonge, à la simulation, à la perversion du sens moral les aventures extraordinaires et les accusations fausses des hystériques.

Les hystériques ne sont pas seules à inventer des histoires fausses et à compromettre des innocents ; il faut leur adjoindre encore les enfants et certains dégénérés faibles d'esprit ou imbéciles. Ainsi que l'ont bien montré MM. Motet et Lasègue, c'est grâce à la suggestibilité dont ils sont doués que les enfants en arrivent à faire de faux témoignages. Leurs inventions leur sont en général suggérées par leur entourage ; elles sont le résultat d'une *suggestion extrinsèque :* « L'enfant a manqué l'école, il rentre tard ; sa mère, inquiète, le gronde, l'interroge : « Où es-tu allé ? Qu'as-tu fait ? D'où viens-tu ? » balbutie, elle le presse ; tout à coup une horrible pensée lui traverse l'esprit : son enfant a été victime d'un attentat à la pudeur ! Il ne dit pas non. Le père survient ; c'est elle qui raconte l'histoire telle qu'elle l'a créée. L'enfant la retient, la débite, se laisse conduire dans la rue indiquée. Il désigne une maison. C'est là et voilà l'histoire faite. »

Pour les imbéciles, la chose est encore plus simple, il suffit de les interroger avec persistance sans même chercher à diriger leurs idées pour qu'ils inventent les réponses les plus absurdes ou les plus extraordinaires.

Nous n'insisterons pas ; après ce que nous avons dit à propos des hystériques, il nous paraît inutile d'entrer dans de nouveaux détails.

IV.

Nous croyons avoir examiné dans les pages qui précèdent, au moins la plupart des cas dans lesquels les aliénés peuvent faire de faux témoignages devant la justice. Peut-être quelques-uns de ces cas eussent-ils comporté des investigations plus complètes que celles auxquelles nous nous sommes livré ; peut-être aussi, avec une plus intime connaissance des Annales judiciaires eussions-nous pu fournir à titre d'exemple des faits d'un intérêt plus puissant par le retentissement qu'ils ont eu et les conséquences qu'ils ont entraînées ; mais nous comptons sur les discussions du Congrès pour combler ces lacunes. Il nous reste pour terminer, à résumer en quelques lignes les enseignements qui découlent des développements dans lesquels nous sommes entré.

Nous avons établi l'incertitude du témoignage des aliénés, quelle que soit la forme de leur maladie, et nous avons cru pouvoir poser en principe qu'ils ne doivent pas être admis à prêter serment et à témoigner en la forme ordinaire. Tout au plus peuvent-ils être entendus à titre de renseignement, comme les enfants et les mineurs. Certaines formes partielles de l'aliénation sont, à la vérité, compatibles avec une observation exacte du monde extérieur, mais à moins d'avoir une connaissance approfondie des maladies mentales, nul ne peut être sûr que dans le récit des faits qu'il demande à un aliéné atteint de folie partielle, ce dernier ne mêle aucune illusion, aucune interprétation délirante. Georget, dans les lignes suivantes qui nous serviront de conclusion pour cette première question, a nettement résolu le problème :

« Quelle confiance peut-on accorder aux assertions de ces malades ? Beaucoup peuvent très-bien rendre compte de ce qu'ils observent ; mais il faut bien connaître leur genre de folie pour y ajouter foi, pour être sûr qu'ils ne mêlent pas leurs illusions au récit des faits. Lorsqu'il s'agit de choses importantes, on ne doit même pas se fier entièrement au rapport de ces aliénés à demi-raisonnables ; il faut s'éclairer

d'autres témoignages. Quant aux aliénés tout à fait déraisonnables, on ne peut aucunement se fier à leurs récits ; ils sont sujets à prendre des chimères pour des réalités. Ils peuvent sans doute donner quelquefois des renseignements justes ; mais le plus souvent, ce qui est vrai est mêlé à ce qui est faux, et on ne peut faire que de vagues conjectures sur leur dire. En résumé, je crois que, dans un procès criminel, la déposition d'un aliéné ne peut avoir à peu près aucune valeur. »

Les aliénés, dans certains cas déterminés, peuvent faussement témoigner contre eux-mêmes. Lorsque l'affection mentale est bien caractérisée, il est en général facile de rattacher ces auto-accusations à leur véritable origine. Mais, ainsi que le fait observer Morel, il arrive souvent qu'elles se produisent dans la période d'incubation de la folie, alors que l'on peut à peine se douter de l'existence du mal et quelques exemples tendent à prouver que dans ces conditions, une erreur judiciaire n'est pas absolument impossible.

Les aliénés qui s'accusent le plus fréquemment sont les mélancoliques. Leurs faux aveux sont la résultante logique de leurs conceptions délirantes, qui tendent à s'objectiver sous cette forme.

La plupart de ces mélancoliques auto-accusateurs sont des alcooliques. Ils sont conduits à s'attribuer des culpabilités imaginaires par l'affaiblissement du pouvoir de contrôle de la conscience sur le cours des idées. En proie à l'angoisse et à la terreur, ils prennent une hallucination, un souvenir, un rêve pour la réalité et viennent s'accuser d'un crime qu'ils s'imaginent simplement avoir commis. La rapidité avec laquelle, sous l'influence de l'abstinence, la conscience se ressaisit, enlève en général toute importance médico-légale à ces faux aveux.

Les faux aveux des hystériques, sont puisés à une source analogue, l'hallucination et le rêve, mais ils sont d'une importance bien plus grande en ce que la conviction dont ils sont l'expression persiste indéfiniment chez le malade, aucun retour de la conscience ne venant la modifier. Heureusement, s'ils paraissent avoir été fréquents à une époque éloignée de nous, ils semblent devenus bien rares à l'heure actuelle.

Enfin l'aveu d'une culpabilité imaginaire se rencontre dans le cours de certains paroxysmes psychiques relevant de la dégénérescence mentale acquise ou héréditaire. Certains congestifs, certains raisonnants et quelques dégénérés atteints de folie morale s'accusent de crimes qu'ils n'ont pas commis, par orgueil, par exaltation de leur

personnalité, cédant au besoin de se poser en héros de scélératesse, ou encore par simple perversité. Leur faux témoignage peut embarrasser la justice, mais il ne résiste pas à un examen scientifique bien dirigé.

La leçon qui découle de l'étude de ces différentes catégories de faits est, en définitive, que l'aveu spontané d'un crime n'a rien de décisif et que, quand la preuve ne peut être faite, il y a lieu de soupçonner la folie chez l'auteur de l'aveu et de le soumettre à une expertise médicale.

Presque toutes les formes de la folie favorisent chez les aliénés la tendance à lancer contre autrui des accusations erronées. Mais ces dénonciations n'ont de réelle importance médico-légale que lorsqu'elles sortent de la bouche des psychopathes qui, par la correction apparente de leur état mental, en imposent aux personnes chargées de recevoir leur témoignage.

Ces psychopathes pseudo-lucides appartiennent tous à la folie héréditaire ; ce sont les circulaires, les persécutés raisonnants ou persécuteurs, et les hystériques. Ils présentent tous au point de vue nosologique ce caractère commun : la faiblesse ou la perversion du sens moral. Ils dénoncent faussement par haine, par vengeance, par appétit de mal faire ; cela devient chez quelques-uns une idée fixe qui dirige toutes leurs démarches, toutes leurs actions, leur vie entière.

Nous avons appelé surtout l'attention sur les persécutés persécuteurs dont les dénonciations mensongères et les revendications non fondées peuvent être et sont probablement la cause de nombreuses erreurs judiciaires.

Nous venons d'englober les hystériques dans le groupe des héréditaires et des dégénérés selon les données classiques. Tout en maintenant que nombre de ces malades appartiennent bien à ce groupe nous devons rappeler que leurs faux témoignages peuvent provenir, et, en fait, proviennent souvent d'une autre source que la perversion de leur sensibilité morale et qu'ils sont alors la conséquence d'une idée délirante tirée d'un rêve ou d'une hallucination. Cette notion jette une vive lumière sur un certain nombre d'accusations étranges et monstrueuses lancées de bonne foi par des hystériques contre des malheureux qui, n'ayant pu démontrer leur innocence, ont reçu une flétrissure et un châtiment immérités. Mieux connue des médecins et mieux appréciée des magistrats, elle pourra éviter à l'avenir les douloureuses erreurs judiciaires dont nous avons trouvé des exemples dans un passé encore bien près de nous.

LES SOCIÉTÉS DE PATRONAGE

POUR

LES ALIÉNÉS SORTIS GUÉRIS OU AMÉLIORÉS DES ASILES

RAPPORT présenté par le Dr A. GIRAUD, Directeur-Médecin de l'Asile Saint-Yon, et comprenant : Les Sociétés de secours pour les aliénés en Suisse par le Dr LADAME, privat-docent à Genève.

I.

L'organisation de l'assistance des aliénés ne date, en France, que de la loi du 30 juin 1838. L'article 3 du titre XI de la loi des 16-24 août 1790 confiait à la vigilance et à l'autorité des corps municipaux « le soin d'obvier ou de remédier aux évènements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés ou les furieux laissés en liberté, et par la divagation des animaux malfaisants et féroces. » L'article 15 du titre 1er de la loi des 19-22 juillet 1791 déclarait passibles de peines de police correctionnelle ceux qui laisseront divaguer des insensés ou furieux, ou des animaux malfaisants ou féroces. C'étaient des lois de police et non des lois d'assistance. Aussi, à cette époque, qui n'est pas encore éloignée de nous, les aliénés pouvaient être traités d'une manière, que nous qualifions aujourd'hui du mot barbare. Quand Pinel eut, le 4 prairial an 6 (1), c'est-à-dire en 1798, supprimé les

(1) Ph. Pinel, traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, seconde édition, page 201.

chaînes dans son service, le régime des aliénés était encore bien défectueux, et il restait à détruire ces loges où, suivant les termes employés par M. Desportes dans son rapport, présenté en 1822, au Conseil général des hospices civils de Paris, l'on n'aurait pas voulu « placer, au jardin du roi, l'animal le moins rare. » On se demande, en lisant la description de ces loges comment des aliénés pouvaient y vivre. Il fallut de longues années pour produire une amélioration réelle, et le rapport d'Ulysse Trélat, en 1842, montre combien son service à la Salpêtrière laissait à désirer.

Je n'ai pas pris pour thèse de soutenir qu'au commencement du siècle tous les aliénés étaient soumis à un traitement inhumain. Ce serait tomber dans l'exagération. De même, tous les aliénés n'étaient pas enchaînés lorsque Pinel entreprit sa réforme. Pinel avait quarante aliénés enchaînés ; or, son service comportait plus de trois cents malades, et un tiers, seulement, devait coucher dans les loges. Mais ce que nous constatons, c'est que les aliénés n'avaient aucune protection légale ; les gardiens pouvaient les montrer comme des bêtes curieuses, et il ne semble pas que l'opinion publique eut été émue, lorsque dans les basses loges de la Salpêtrière des aliénés étaient mutilés par des rats des égouts, et en mouraient (1).

Ce préambule, qui peut paraître ici un hors-d'œuvre, a été amené par le travail fait pour rechercher s'il était possible de trouver des traces d'un patronage des aliénés en France, avant la loi de 1838. Je n'ai pu en découvrir aucune ébauche. Tous les efforts étaient, évidemment, concentrés pour obtenir un traitement plus humain des aliénés dans les hospices. Au lendemain de la promulgation de la loi, quelques philanthropes signalèrent une lacune dans l'assistance des aliénés ; nul ne songea à demander une disposition de loi qui eut mis en dehors du droit commun des malades dont la séquestration n'était pas nécessaire, mais un mouvement se produisit pour organiser des œuvres d'assistance qui devaient devenir les sociétés de patronage pour les aliénés. C'est le docteur Cazauvielh, ancien interne de la Salpêtrière, qui paraît avoir le premier en France, exprimé l'idée de ce patronage. Dans son livre intitulé « Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes, comparés dans leurs rapports réciproques, » livre publié à Paris en 1840, Cazauvielh expose que, sous le rapport du nombre, les suicides et les crimes contre les personnes présentent une analogie frappante : il a été amené à

(1) Rapport de M. Desportes.

rechercher les moyens de prévenir ces funestes penchants et de contenir les hommes qui n'ont pu s'en garantir ; il a acquis la conviction qu'il n'était pas facile de distinguer le criminel de l'aliéné, et il ajoute, page 9 : « En attendant que nous abordions toutes ces
» importantes questions, je dois avouer ici qu'une pensée pénible, qui
» n'est cependant pas sans espérance, me préoccupe sérieusement,
» c'est que dans quelques localités, et à Paris surtout, le sort des
» criminels occupe vivement la sollicitude des philanthropes qui,
» après avoir travaillé à l'amélioration du sort de ces malheureux, au
» développement de leur intelligence et à la conservation de leur
» santé continuent leur protection à ceux qui sortent des prisons,
» soit après un acquittement, soit au terme de leur peine ; mais les
» aliénés qui sortent des établissements où ils ont été traités pendant
» un an et plus, sont délaissés dans les campagnes, sans asile
» et sans occupation. Pourquoi ne trouveraient-ils pas les ressources
» que la philanthropie offre aux criminels ? Que les hommes qui
» aiment à faire le bien s'empressent donc de former des sociétés
» protectrices des malheureux aliénés que la misère et le mépris
» dont ils sont fréquemment accablés provoquent à de funestes
» rechutes. » Telle est l'idée exposée, mais je n'ai rien trouvé dans le reste du volume qui put avoir trait à l'organisation d'un patronage.

Le 7 octobre 1842, David Richard, Directeur de l'asile de Stéphansfeld, lut au Congrès scientifique de France (dixième session tenue à Strasbourg), un mémoire intitulé : Du régime moral dans les asiles d'aliénés et de la nécessité d'un patronage pour les aliénés indigents guéris (1). L'auteur préconise comme moyen de traitement, le travail dans les asiles, à la condition de maintenir le travail parfaitement libre et volontaire, parce que ce caractère de liberté le rend plus attrayant et plus efficace. Puis il combat le préjugé de l'incurabilité de la folie et s'appuie sur le nombre de guérisons sans rechutes obtenues à Stéphansfeld, et il termine ainsi son mémoire : « Ce pré-
» jugé (de l'incurabilité), Messieurs, n'est pas seulement faux : il est
» funeste et porte des fruits amers, surtout pour les aliénés indigents.
» Depuis la loi bienfaisante de 1838, loi longtemps réclamée et qui
» honore notre pays, les soins les plus protecteurs sont assurés aux
» infortunés de la classe pauvre qui tombent en aliénation mentale.
» C'était une dette que jusqu'alors la société n'avait point payée ou
» qu'elle avait payée mal. Mais ce n'est pas assez de leur avoir ouvert

(1) Mémoires du Congrès scientifique de France, Strasbourg, 1843.

» des asiles où ils puissent retrouver le bienfait de la raison, eux que
» la misère entraîne si souvent à la folie ; il faut qu'au sortir de ces
» établissements, ils ne trouvent pas une société prévenue contre
» eux, une société marâtre par indifférence, cruelle par préjugé. Vous
» savez, Messieurs, tout ce qu'on a dit de la triste condition des
» condamnés libérés, qui, après avoir expié quelque attentat par une
» longue détention, sortent enfin de prison, souvent avec le projet de
» réformer leur vie et de faire oublier leur passé. Les préventions
» élèvent alors entre le monde et leur repentir, un mur d'airain si
» infranchissable, que des amis de l'humanité s'en sont émus, et pour
» prévenir des récidives presque inévitables, ont formé de nobles
» associations afin de protéger ceux qui ont acquitté leur dette à la
» justice, et de leur procurer le travail qu'on leur déniait comme à
» des criminels. Certes, Messieurs, il y a loin de la maladie d'un
» aliéné au crime d'un libéré. Cette comparaison seule attriste votre
» âme, et la révolte. Et pourtant, quand l'un et l'autre rentrent dans
» le monde, leur position est presque semblable. Les motifs sont
» différents, les résultats sont les mêmes. L'aliéné indigent, qui a
» recouvré sa raison, sort joyeux de l'asile où il a été constamment
» traité avec les égards dus à sa souffrance. Rendu à la liberté,
» maître de ses actions, le cœur ouvert à l'espérance il retourne avec
» empressement à ses anciennes relations. Chacun, pense-t-il, va se
» réjouir avec lui, l'aider à reprendre ses travaux, soutenir sa vie.
» Qu'il se trompe cruellement ! On ne veut pas croire à sa guérison,
» on le poursuit de l'épithète injurieuse de fou ; on interprète défa-
» vorablement toutes ses actions, toutes ses paroles ; on lui refuse
» toute confiance ; la peur lui ferme toutes les maisons où il pourrait
» trouver du travail, et resté isolé, bafoué, sans ressources, désespéré,
» sa tête s'égare, il cherche un remède à ses maux dans le suicide, ou
» bien il est renvoyé dans l'asile où il n'aurait jamais dû rentrer.
» Plus d'une fois, j'ai appris avec douleur la triste fin de malades qui
» m'avaient quitté pleins de santé et de courage ; plus d'une fois, j'ai
» dû repousser les sollicitations d'autres aliénés qui me conjuraient
» de les recevoir de nouveau au milieu des insensés auxquels ils
» n'appartenaient plus ! Vous êtes ici, Messieurs, des représentants
» de la science et de la civilisation. Vous avoir signalé cette plaie
» cachée, c'est vous avoir persuadé qu'il faut la panser, c'est vous
» avoir prouvé l'urgence d'établir dans chaque département des
» sociétés de patronage qui se chargent de suivre, de protéger, d'en-
» courager, de secourir les aliénés indigents que repousse un fatal

» préjugé. J'appelle sur ce point le concours de vos lumières et de » votre philanthropie, et je finis par une maxime empruntée à » M. Esquirol, à ce digne protecteur des aliénés que la mort leur a » ravi naguère : « c'est faute de prudence dans la folie comme en » toute autre maladie, que les personnes qui en ont été atteintes sont » sujettes à des rechutes. »

Dans la discussion qui suivit la lecture du mémoire de David Richard (6me section du Congrès scientifique), Ristelhueber, médecin en chef des hospices de Strasbourg, et ancien médecin en chef de Stéphansfeld, réclama la priorité de l'idée de patronage, et dit l'avoir communiquée à la Préfecture du Bas-Rhin.

Sur la demande de Richard, la 6me section consacra par vote le principe de la formation d'une société de patronage pour les aliénés indigents guéris, et décida qu'il en serait référé au bureau central.

Lorsque la question fut soulevée au Congrès scientifique de Strasbourg, Falret, médecin de la Salpétrière, avec le concours de l'abbé Christophe, aumônier de cet hospice, et devenu plus tard évêque de Soissons, avait depuis un an fondé, sans bruit, une société de patronage pour les aliénées indigentes sortant de son service.

Un peu plus tard, vers 1843, Baillarger et Mitivié avaient suivi l'exemple de Falret, mais le tout avait été fait si discrètement qu'on a de la peine à reconstituer aujourd'hui l'historique exact de ces débuts des sociétés de patronage. Baillarger a poussé si loin la modestie que les annales médico-psychologiques fondées par lui en janvier 1843, avec Cerise et Louget, rendent compte de l'ouvrage de Cazauvielh, et du mémoire de David Richard, et sont absolument muettes sur l'œuvre de patronage organisée à la Salpétrière. Ce silence paraît avoir induit en erreur les Inspecteurs généraux du service des aliénés ; car dans le grand rapport publié en 1878 ceux-ci attribuent à Richard la première idée du patronage. M. Bourneville relève cette inexactitude, dans un remarquable rapport, présenté en 1890 au Conseil supérieur de l'assistance publique, rapport sur lequel j'aurai à m'étendre plus loin. D'après les documents recueillis par M. Bourneville, l'œuvre de la Salpétrière fondée par Falret a été limitée d'abord aux aliénées indigentes sortant guéries de la 5e division, 1re section (service Falret). La seconde société fondée par Baillarger et Mitivié marcha parallèlement à la première pendant plusieurs années. La fusion des deux sociétés en une seule s'opéra vers 1848, et la nouvelle association étendit son patronage aux hommes sortant de Bicêtre comme aux femmes sortant de la

Salpétrière. M. Bourneville bien placé, néanmoins, pour connaître l'histoire de Bicêtre et de la Salpétrière, n'a pu savoir la date exacte de fusion des deux sociétés fondées l'une par Falret, l'autre par Baillarger et Mitivié. On trouve un premier document officiel à la date du 20 décembre 1848 lorsque les statuts furent adoptés par le Conseil d'Etat. L'œuvre fut déclarée établissement d'utilité publique par arrêté du Président de la République, en date du 16 mars 1849. Ces documents n'ont été publiés dans le bulletin des lois qu'en 1864 (partie supplémentaire, 1er semestre, page 72). Voici les statuts :

STATUTS

—

Art. 1er. — Le but de l'Œuvre est de venir en aide, soit à domicile, soit dans un asile spécial, aux aliénés indigents sortant guéris des hospices de la Salpétrière et de Bicêtre.

Le bienfait de l'Œuvre pourra s'étendre à leurs enfants.

2. — Ne pourront être assistées par l'Œuvre que les personnes munies d'un certificat de l'un ou l'autre hospice, attestant la guérison et constatant les motifs qui les rendent dignes de l'intérêt de la société.

A défaut de ce certificat, le comité administratif est chargé de prendre les renseignements nécessaires.

3. — Le nom des patronnés est tenu secret.

4. — Le patronage consiste à les prémunir, autant que possible, contre la misère et ses funestes conséquences, à leur donner des conseils, à les aider dans la recherche d'une occupation convenable, à éclairer les personnes qui les entourent sur la conduite à tenir à leur égard, à prévenir les rechutes par l'éloignement des causes et, dès l'apparition des premiers signes, par l'emploi des moyens physiques et moraux.

5. — Le patronage, dirigé par le Comité administratif, sera exercé par les médecins et aumôniers de l'Œuvre, par les sœurs de charité, par les dames patronnesses et les autres personnes dont l'expérience fera connaître le concours nécessaire.

6. — Les attributions des médecins de l'Œuvre consistent en un service régulier à la maison d'asile, en des consultations qu'ils donnent ou des visites qu'ils font aux personnes patronnées et à leurs enfants, selon le désir exprimé, soit par les patronnés eux-mêmes, ou par les personnes qui les emploient, soit par les dames patronnesses.

En outre, les médecins de l'Œuvre recueillent par écrit, sur des registres particuliers, les observations qu'ils jugent utiles au perfectionnement du patronage, aux médecins qui, en cas de rechute, auront à traiter les patronnés, enfin au progrès de la science médicale.

L'emploi de médecin de l'Œuvre est gratuit ; néanmoins, lorsque les ressources de la société le permettront, il leur sera accordé, pour frais de déplacement, une indemnité dont le chiffre sera fixé par le comité administratif, sauf l'approbation du Conseil général.

7. — Un comité spécial, composé des deux médecins de l'Œuvre et du médecin en chef à la Salpêtrière et à Bicêtre, s'occupe de toutes les questions médicales et rend compte de ses travaux au comité administratif.

8. — Deux aumôniers, désignés par l'Archevêque, prêteront à l'Œuvre le concours de leur ministère.

9. — Des sœurs de charité et des dames patronnesses sont choisies par le comité administratif dans chacun des douze arrondissements de Paris et dans les arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis.

10. — Le concours des sœurs de charité et des dames patronnesses consiste, outre ce qui a été déjà énoncé à l'article 5, à s'informer de l'état moral des patronnés auprès des personnes qui les entourent, à signaler aux médecins de l'Œuvre les irrégularités de caractère et d'intelligence manifestées, soit par des paroles, soit par des actes, enfin, à distribuer des secours.

11. — La maison d'asile est destinée à recevoir temporairement les patronnés, soit à leur sortie immédiate de l'hospice, soit à tout autre époque, lorsqu'ils sont momentanément sans emploi et sans ressources.

12. — Les admissions seront prononcées par le Comité administratif, aux conditions énoncées en l'article 2, soit d'office, soit sur la présentation du médecin en chef à la Salpêtrière et à Bicêtre, des médecins de l'Œuvre, des sœurs de charité ou des dames patronnesses.

13. — L'asile ne peut conserver que des aliénés guéris, et s'il se manifeste une rechute, sur la décision de l'un des médecins de l'Œuvre, il sera pris immédiatement toutes les mesures nécessaires pour obtenir, dans le plus bref délai possible, la translation du malade dans l'hospice consacré à ce genre d'affection.

14. — Les patronnés admis dans l'asile seront employés à des travaux divers, suivant leur aptitude et l'avis des médecins, et recevront, à leur sortie, une partie du produit de leur travail.

15. — Les personnes admises dans l'asile s'engageront à observer le règlement intérieur, dont il leur sera donné connaissance.

Ce règlement sera soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur.

16. — L'Œuvre est placée sous la haute direction d'un conseil général, composé de soixante membres au plus.

Le médecin en chef à la Salpétrière et à Bicètre et l'Aumônier chargé des aliénés dans chacun de ces hospices, en feront partie de droit.

17. — Le conseil général de l'Œuvre se réunit au moins deux fois par an, pour délibérer sur toutes les matières qui intéressent l'Œuvre ou qui lui sont soumises par le comité administratif.

Le président peut le convoquer toutes les fois qu'il le juge convenable.

18. — En cas de vacance parmi les membres du conseil général, il est pourvu au remplacement par la voie du scrutin secret, et à la majorité des membres présents, après une convocation spéciale.

Le conseil général est présidé par Monseigneur l'archevêque de Paris.

Le Conseil choisit dans son sein trois vice-présidents.

19. — Le Conseil général choisit dans son sein un comité administratif composé de six membres au moins et de neuf au plus.

20. — Ce comité sera renouvelé par tiers tous les deux ans.

Les membres sortants pourront être réélus.

En cas de vacance, il est pourvu au remplacement par le Conseil général, par la voie du scrutin secret, et à la majorité des membres présents, après convocation spéciale.

21. — Le comité administratif se réunit aussi souvent que l'exigent les besoins de l'œuvre.

Il choisit dans son sein un président, un trésorier et un secrétaire.

En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Le comité peut délibérer au nombre de trois membres.

Il est tenu procès-verbal des délibérations.

22. — Toutes les demandes de secours sont adressées au comité administratif.

Dans l'intervalle des réunions, et dans un cas d'urgence, un membre du comité pourra autoriser un secours, sauf à en faire connaître l'objet et l'importance à la première réunion.

23. — Le trésorier acquitte les mandats ordonnancés par le secrétaire ou par l'un des administrateurs.

24. — Il sera pourvu annuellement aux dépenses de l'Œuvre au moyen : 1° des dons et souscriptions ; 2° des subventions qui pourront être obtenues ; 3° du produit du travail des personnes admises dans l'asile ; 4° du produit d'un sermon de charité.

25. — La société se compose : de membres qui versent dans le courant d'une année une somme de trois cents francs au moins, une fois donnée ; — de membres titulaires qui payent une souscription annuelle de trente francs au moins ; — et de membres associés dont le montant de la souscription est volontaire.

26. — Il sera publié chaque année, avec la liste des membres de la Société, un compte rendu de la situation financière et morale de l'œuvre et des résultats obtenus.

Le compte rendu sera adressé à tous les membres.

27 et dernier. — Les présents statuts ne pourront être modifiés qu'à la majorité absolue des deux tiers des membres composant le conseil général, et après convocation spéciale.

Les modifications qui seront apportées à ces statuts devront être soumises à l'approbation du Gouvernement.

Les présents statuts ont été délibérés et adoptés par le Conseil d'Etat, dans sa séance du 20 décembre 1848.

Le Maître des requêtes, Secrétaire général du Conseil d'État,

Signé : F. Boilay.

La Société fondée à Stéphansfeld par David Richard paraît avoir été organisée très peu de temps après le Congrès scientifique de Strasbourg ; car on lit dans le rapport de Rœderer publié en 1845 (à Strasbourg) :

« Les aliénés réintégrés à Stéphansfeld à la suite de rechutes pen-
» dant les années 1842, 43 et 44 n'ont été qu'au nombre de 14 sur
» 99 guérisons ; c'est un peu moins de 1 sur 7.

» Cette proportion, quoique faible, serait certes moindre encore si,
» au lieu d'une curiosité indiscrète, d'une méfiance presque générale
» et blessante, les aliénés guéris trouvaient toujours, en rentrant
» dans la société, une sollicitude affectueuse et éclairée qui dissipât
» leur susceptibilité parfois encore assez vive, qui leur inspirât de la
» confiance dans l'avenir et les prémunit contre les excès ou contre
» la misère, causes fréquentes de leur maladie. C'est pour remplir ce
» but important, pour combattre le préjugé de l'incurabilité de la
» folie et assurer aux convalescents des secours et un appui, qu'ont
» été fondées les sociétés de patronage pour les aliénés indigents et
» guéris, et en particulier celle de Stéphansfeld dont la création a été
» poursuivie avec persévérance et succès dès 1842 par M. David
» Richard, Directeur de notre asile. »

Les débuts semblent avoir été modestes et Dagonet écrivait dans son rapport médical pour l'année 1851 (publié à Strasbourg en 1852) :

« Il est quelques aliénés sur lesquels la sortie de l'asile vient
» exercer une heureuse influence ; aussi, nous efforçons-nous de pro-
» voquer cette mesure chaque fois que nous en sentons la nécessité.
» Malheureusement, chez quelques malades indigents, l'absence de
» la famille, le défaut de surveillance qui en résulte, sont autant de
» difficultés qui nous retiennent pour demander leur mise en liberté
» par essai. »

Le règlement de la Société de patronage de Stéphansfeld n'a été adopté par la commission de surveillance que le 4 septembre 1852 et approuvé par le Préfet que le 11 octobre suivant.

Voici ce règlement :

RÈGLEMENT

Article premier. — L'œuvre du patronage des aliénés indigents qui sortent guéris de l'asile de Stéphansfeld a pour but général de combattre le funeste préjugé de l'incurabilité de l'aliénation mentale, et se propose en particulier : 1° de protéger et de diriger à leur rentrée dans la société, les indigents des deux sexes, qui sortent guéris ou améliorés de cet établissement ; 2° de les aider au besoin par des secours temporaires en argent ou en nature, jusqu'à ce qu'ils aient pu regagner la confiance et trouver du travail ; 3° de réclamer en leur faveur dans les localités qu'ils habitent, l'appui intellectuel et moral des personnes éclairées et charitables, afin de les prémunir, autant que possible, contre les circonstances qui les exposeraient à des rechutes ou au désespoir.

Art. 2. — Les membres de l'œuvre se divisent en trois classes : 1° les patrons ou patronnesses qui consentent non seulement à verser à la caisse une cotisation annuelle d'au moins cinq francs, mais à protéger personnellement les aliénés guéris ou améliorés et à leur distribuer, au besoin, les secours accordés par l'œuvre ; 2° les associés souscripteurs qui, sans pouvoir s'occuper personnellement des aliénés sortis, veulent bien concourir à leur soulagement au moyen d'une contribution régulière ; 3° les associés correspondants qui, sans vouloir s'engager à verser aucune cotisation à la caisse de l'œuvre, consentent à protéger et à aider directement au lieu de leur domicile les aliénés sortis de Stéphansfeld.

Art. 3. — L'œuvre a son siège central à l'asile de Stéphansfeld. Elle est administrée par un comité qui se compose : 1° des membres de la commission de surveillance de l'asile ; 2° du directeur de l'asile ; 3° du médecin en chef ; 4° des aumôniers des divers cultes ; 5° du receveur ; 6° de l'économe.

Art. 4. — Le président et le vice-président de la commission de surveillance conservent les mêmes fonctions à l'égard de l'œuvre. Le directeur et le médecin en chef remplissent celle de secrétaire. Le receveur celle de trésorier, et l'économe celle de garde-magasin.

Art. 5. — Les ressources de l'œuvre se composent : 1° des subventions qui peuvent être accordées par l'autorité supérieure ; 2° des cotisations des patrons et des associés souscripteurs ; 3° des dons volontaires ; 4° du produit des loteries, quêtes, etc. ; 5° du produit de la vente d'objets confectionnés par les aliénés, ou donnés par d'autres personnes, pour leur venir en aide à leur sortie.

Art. 6. — Le trésorier de l'œuvre tient un journal spécial des recettes et des dépenses. Il ne conserve habituellement en caisse qu'une somme de deux à trois cents francs au plus. L'excédent est versé par lui à la caisse d'épargne de Strasbourg, au fur et à mesure des recettes.

Art. 7. — Le directeur de l'asile peut, en cas d'urgence, autoriser le retrait de la caisse d'épargne des sommes nécessaires aux besoins du service, mais à la condition d'en avertir le comité administratif à sa plus prochaine séance.

Art. 8. — Tout placement des fonds de l'œuvre en rentes sur l'Etat et toute vente de ces rentes ne peut s'opérer qu'en vertu d'une délibération du comité administratif.

Art. 9. — Les dépenses de l'œuvre et les secours en argent accordés aux aliénés indigents sortis, sont payés par le trésorier contre mandats conjointement par le directeur et le médecin en chef de l'asile qui rendent compte de leurs opérations au comité administratif.

Art. 10. — Le garde-magasin est chargé de l'acquisition et du dépôt des objets en nature destinés aux aliénés sortants. Il en fait la distribution sur autorisation signée par le directeur et le médecin en chef de l'asile.

Il tient note dans un carnet spécial des entrées et des sorties de ces objets.

Art. 11. — Tous les ans, le directeur de l'asile présente au comité administratif le sommaire des opérations de l'année précédente, et la situation des recettes et des dépenses. Le médecin en chef, de son

côté, expose les résultats obtenus par le patronage, en ce qui concerne la santé physique et morale des aliénés sortis.

Art. 12. — Le présent règlement sera soumis à l'approbation de M. le Préfet du Bas-Rhin.

En 1853, Dagonet écrit dans son Rapport médical pour l'année 1852 :

« Société de patronage.

« Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, nous » amènent à dire quelques mots de deux institutions importantes » appelées à rendre dans un avenir prochain des services éminents. » Rarement les indigents qui sortent guéris de notre asile rencontrent » autour d'eux des cœurs sympathiques, disposés à leur tendre une » main secourable ; et, faute d'un peu d'aide, ils tombent dans un » état de gêne et de misère, au bout duquel se trouve nécessairement » la réintégration à l'asile. Le but philanthropique de la société de » patronage, la haute mission qu'elle s'est proposée, est donc » d'éloigner de ces malheureux tout ce qui devient pour eux une » cause de lutte et d'affliction. Par sa constante sollicitude, elle peut » prévenir des actes dangereux pour la société, et, si son action » pouvait s'étendre autant qu'elle le désire, elle arriverait certai- » nement à diminuer la fréquence des cas de folie, et par conséquent, » les charges du département. Elle mérite à ce titre l'appui que lui » donne l'autorité supérieure et l'accueil empressé des personnes » bienveillantes dont elle a su déjà attirer l'attention. Il est seulement « à regretter que les ressources dont elle dispose soient encore aussi » limitées.

» Surveillance médicale.

» Une autre mesure éminemment morale et qui ne peut tarder de » recevoir l'extension dont elle a besoin, est celle d'une surveillance » toute médicale exercée à l'égard de l'indigent sorti guéri, pendant » un temps plus ou moins long. C'est, en effet, au médecin qu'il » appartient surtout d'exercer une semblable surveillance et de » remédier, par ses conseils et par une médication appropriée, à des » accidents qui sans cela pourraient devenir plus graves. Par cela » même qu'il assistera à l'origine de nouveaux accès, il pourra, le » plus souvent, en apprécier exactement les causes, et provoquer » aussitôt l'emploi de moyens susceptibles de faire avorter à son

» début le délire près d'éclater. Secours pécuniaires, travail régulier,
» régime substantiel, traitement hygiénique, calmants, légers
» dérivatifs en vue de diminuer la violence des accidents nerveux,
» telles sont évidemment les premières indications qu'il aura à
» remplir dans un grand nombre de circonstances. Mais, avant tout,
» le médecin, chargé de continuer l'observation, a le plus grand
» intérêt à connaître les symptômes principaux que le malade a déjà
» présentés lors de son séjour à l'établissement et qui l'aideront à se
» faire une idée juste de la situation de ce dernier. Des feuilles
» imprimées lui seront transmises à cet effet par l'administration de
» l'asile. »

Je dois ajouter pour être historien fidèle que la société fondée par David Richard a été en prospérant. En 1860, son capital s'élevait à environ 15,000 francs. Elle fonctionnait bien en 1870, a été conservée par l'administration allemande, et, d'après les renseignements recueillis par M. Bourneville, rend toujours des services.

En 1848, une troisième société de patronage a été instituée à Nancy. Elle différait des précédentes en ce qu'elle n'était pas créée uniquement en faveur des aliénés, mais avait pour but d'assister en même temps les sourds-muets, les aveugles et les orphelins.

En voici le règlement qui m'a été communiqué par mon collègue de Maréville :

RÈGLEMENT DE LA SOCIÉTÉ DE PATRONAGE

—

Article 1er. — Il est établi à Nancy, pour la Meurthe et les départements voisins (Vosges, Meuse, Moselle et Haute-Marne), une société de patronage, en faveur des aliénés, des sourds-muets, des aveugles et des orphelins.

Art. 2. — Le but de la Société est de venir en aide à tous ces infirmes, sous le rapport moral et physique. La sollicitude s'étend même à leur famille, s'il y a lieu.

Art. 3. — Ce patronage consiste à leur donner tous les soins que réclament leur position et leurs diverses infirmités ; à éclairer les personnes qui les entourent, sur la conduite à tenir à leur égard ; à leur faciliter l'entrée d'un asile ou d'une école ; mais surtout à leur inspirer des habitudes de vertu, ou à les y maintenir, par de sages conseils et une protection morale toute paternelle.

Art. 4. — La société, loin d'affaiblir les liens de famille, se propose, au contraire, de les fortifier ; et loin de contrarier de quelque manière l'administration des établissements où ces infirmes peuvent être reçus, elle lui prête son concours.

Art. 5. — Les membres de la Société sont membres actifs ou associés.

Sont membres associés ceux qui se contentent de concourir à son action par des secours matériels ; et sont membres actifs, ceux qui, en outre, consacrent à l'œuvre leurs soins, leur temps, leur dévouement, et se chargent de protéger activement les patronnés, ou quelques-uns d'entre eux qui leur seront confiés plus particulièrement.

Art. 6. — Le minimum de la cotisation annuelle de chaque membre, actif ou associé, est de cinq francs.

Mais afin d'augmenter les ressources de la Société, et de la mettre en état de faire plus de bien, tous les membres sont priés, quand leurs facultés le leur permettront, d'élever le chiffre de leur cotisation, et de solliciter dans l'occasion la générosité des âmes charitables en faveur de l'œuvre des patrons.

Art. 7. — La Société est administrée par un conseil composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire général, de plusieurs secrétaires-adjoints, d'un trésorier, et de plusieurs conseillers ou administrateurs.

Art. 8. — Le Conseil est nommé la première fois à la majorité des suffrages de tous les membres présents.

Art. 9. — Le Conseil a la faculté de s'adjoindre les membres dont les lumières et l'expérience pourraient lui être utiles en nombre indéterminé.

Art. 10. — Il adresse à tous les membres de la Société, une fois chaque année, un rapport pour rendre compte de ses opérations, de l'état de ses ressources, des améliorations à introduire, et de tout ce qui peut intéresser la Société.

Art. 11. — Tous les ans, la Société célébrera, par une cérémonie religieuse, l'anniversaire de sa fondation.

A l'inverse de la Société fondée à Stéphansfeld, la Société de patronage instituée en 1848 à Nancy n'a pas suivi une marche régulière et ascendante. Elle a même été en déclinant, n'a rendu que peu de services aux aliénés sortant de Maréville et pas du tout à ceux qui sortaient des asiles de Fains et de Saint-Dizier. La raison en est facile à trouver. Le but de l'œuvre n'était pas en rapport avec les ressources de la Société, et c'est le cas ici d'appliquer le proverbe « Qui trop

embrasse, mal étreint. » En éparpillant les secours, on arrive à des résultats insignifiants. On verra plus loin que la création d'une nouvelle Société de patronage, spéciale cette fois aux aliénés, vient d'être décidée à Nancy.

Le mouvement qui, après la promulgation de la loi sur les aliénés, s'était produit en France en faveur du patronage des aliénés sortant des asiles, a subi après 1848 un long temps d'arrêt. Pendant une période de plus de trente ans, on ne trouve pas dans notre pays, de nouvelles créations. Le seul fait important à signaler est la modification des statuts de l'œuvre de patronage pour les aliénés indigents sortis guéris des asiles de la Seine. Les nouveaux statuts ont été adoptés le 8 mars 1865 par le Conseil d'Etat, approuvés par décret en date du 18 mars 1865, et un règlement a été approuvé par le Préfet de la Seine, le 4 mai 1865.

Voici le texte des statuts et du règlement :

STATUTS

Titre Ier.

But de l'Œuvre.

Article premier. — L'œuvre de bienfaisance fondée à Paris en 1841, sous le titre d'œuvre de patronage pour les aliénés, a pour but de venir en aide aux aliénés indigents sortis guéris des asiles publics du département de la Seine.

Les bienfaits de l'œuvre s'étendent à leurs enfants.

Le patronage s'exerce au moyen d'un asile ouvroir, de secours à domicile, de secours moraux et de secours médicaux.

Titre II.

Composition de l'Œuvre.

Art. 2. — L'œuvre se compose de membres perpétuels, de membres titulaires et de souscripteurs en nombre illimité.

Le titre de membre perpétuel s'acquiert par la concession d'une rente annuelle et perpétuelle de quinze francs, ou par le don d'un capital de trois cents francs au moins.

La qualité de membre titulaire est acquise à toute personne payant une souscription de trente francs au moins.

Et celle de souscripteur appartient aux bienfaiteurs de l'œuvre qui paieront annuellement une somme moindre.

Titre III.

Administration.

Art. 3. — La haute direction de l'œuvre appartient au Conseil général composé de quarante membres, élus au scrutin secret, à la majorité des suffrages exprimés, en assemblée générale de tous les membres de l'association. Monseigneur l'Archevêque de Paris fait de droit partie du Conseil général.

Monseigneur Darboy en est président à vie.

Art. 4. — Le Conseil général choisit dans son sein un président, trois vice-présidents et un comité administratif composé de quinze membres.

Le président du Conseil général peut le convoquer toutes les fois qu'il le juge convenable.

Art. 5. — Le Comité administratif est renouvelé par cinquième tous les ans ; les membres sortants peuvent être réélus.

En cas de vacance, il est pourvu au remplacement par le Conseil général, par la voie du scrutin secret et à la majorité des membres présents, après convocation spéciale.

Art. 6. — Le Comité administratif choisit dans son sein un président, un vice-président, un trésorier et un secrétaire.

Il se réunit tous les mois et, en outre, toutes les fois que les besoins de l'Œuvre l'exigent.

Il peut délibérer à la majorité des voix. En cas de partage, la voix de la personne qui préside est prépondérante.

Art. 7. — Le Comité administratif est chargé de la gestion morale et matérielle de l'Œuvre, de l'ensemble et des détails de son administration.

Il peut aussi, mais avec l'approbation du Conseil général, accepter des dons et legs, acquérir, vendre ou échanger des immeubles, faire des constructions nouvelles, emprunter et hypothéquer, ester en justice, plaider et transiger.

Les délibérations relatives aux acceptations des dons et legs, aux acquisitions, aliénations ou échanges d'immeubles, aux emprunts ou hypothèques devront être soumises à l'approbation du Gouvernement.

TITRE IV.

Ressources de l'Œuvre.

Art. 8. — Les ressources de l'Œuvre se composent :

1° Des revenus de toute nature provenant des biens et valeurs lui appartenant ;

2° Des souscriptions ;

3° Des quêtes faites en assemblées de charité et autres ;

4° Du produit des ventes de bienfaisance, concerts, etc., qui pourront être autorisés au profit de l'Œuvre ;

5° Du produit du travail des personnes admises dans l'Asile-Ouvroir ;

6° Du produit des troncs placés dans le dit asile.

7° Des subventions accordées par le Ministère de l'Intérieur, le département de la Seine et l'administration de l'Assistance publique ;

8° Et des dons et legs dont l'acceptation aura été autorisée par le Gouvernement.

Art. 9. — Le trésorier est chargé de la perception des produits et revenus de l'Œuvre et du paiement des dépenses.

Il représente l'Œuvre dans toute circonstance ; mais il ne peut agir qu'en vertu de délibérations spéciales du Comité administratif.

Il rend compte de sa gestion à la fin de chaque année et fait connaître, tous les mois, au Comité administratif, l'état de la caisse et la situation financière de l'Œuvre.

Art. 10. — Les fonds libres seront placés dans une des caisses publiques de Paris jusqu'à leur emploi définitif.

Les excédants de recettes qui ne seront pas nécessaires aux besoins de l'Œuvre, à l'agrandissement ou à l'entretien de l'Ouvroir, seront placés en fonds publics français.

TITRE V.

Dispositions générales.

Art. 11. — La maison d'asile est destinée à recevoir temporairement les patronnés, soit à leur sortie immédiate de l'hospice, soit à toute autre époque, lorsqu'ils sont momentanément sans emploi et sans ressources.

Art. 12. — L'asile ne peut conserver que des aliénés guéris ; et s'il se manifeste une rechute, sur la décision du médecin de l'Œuvre, il sera pris immédiatement toutes les mesures nécessaires pour obtenir, dans le plus bref délai possible, la translation du malade dans l'hospice consacré à ce genre d'affection.

Art. 13. — Les patronnés admis dans l'asile seront employés à des travaux divers, suivant leur aptitude et l'avis des médecins, et recevront à leur sortie une partie du produit de leur travail.

Art. 14. — Un Règlement intérieur, arrêté par le Conseil général, détermine les conditions d'admission à l'Asile-Ouvroir et aux secours, et toutes les dispositions de détail propres à assurer la pleine exécution des présents statuts.

Il est soumis à l'approbation du Préfet de la Seine.

Art. 15. — Une assemblée générale de tous les membres de l'Œuvre a lieu au moins une fois chaque année.

Le Comité administratif y expose la situation morale et financière de l'Œuvre et rend compte des résultats obtenus.

Des exemplaires du compte-rendu sont adressés à M. le Ministre de l'Intérieur et à M. le Préfet de la Seine.

Art. 16. — Avant de se séparer, l'assemblée procède, d'après les dispositions de l'article 3, au remplacement des membres du Conseil général décédés ou ayant cessé de remplir leurs fonctions.

Dans la même séance, le Conseil général délibère d'ailleurs, quel que soit le nombre des membres présents, sur toutes les matières qui lui sont soumises par le Comité administratif dans l'intérêt de l'Œuvre.

Art. 17. — Dans le cas où cette Œuvre cesserait d'exister, les immeubles, meubles, capitaux et autres valeurs lui appartenant deviendraient la propriété de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Art. 18. — Nul changement aux présents statuts ne pourra être proposé au Gouvernement que d'après l'avis du Conseil général, émis à la majorité des deux tiers de ses membres en exercice.

Titre VI.

Dispositions transitoires.

Art. 19. — Les statuts qui précèdent remplacent et annulent ceux qui ont été approuvés par décret du 16 mars 1849 ; et, afin de satisfaire complètement aux dispositions des articles 3 et 4, les membres du Conseil général et du Comité administratif actuellement en exercice seront soumis à une nouvelle élection, lors de la réunion de l'assemblée générale qui suivra l'approbation et la promulgation des présents statuts.

Les présentes modifications des statuts ont été délibérées et adoptées par le Conseil d'Etat, dans sa séance du 8 mars 1865.

Le Conseiller d'État, Secrétaire général du Conseil d'État,

Signé : DE LA NOUE-BILLAULT.

Vu pour être annexé au décret du 18 mars 1865, enregistré sous le n° 588.

Le Ministre de l'Intérieur,

Pour le Ministre et par autorisation :

Le Conseiller d'État, Secrétaire général,

Signé : CHAMBLAIN.

RÈGLEMENT

—

CHAPITRE Ier.

But de l'Œuvre.

Art. 1er. — L'Œuvre de patronage a été instituée en faveur des malheureux qui ont été atteints d'aliénation mentale.

Elle a pour but de :

Venir en aide à ces infortunés, en les suivant pas à pas dans leur nouvelle existence à la sortie des asiles de traitement ;

Raffermir par un patronage moral leur raison encore chancelante, et les protéger contre les dangers de toute sorte auxquels les expose leur position précaire et tout exceptionnelle ;

Les défendre contre les mauvaises suggestions de la misère, par des secours distribués à propos ;

Recueillir temporairement dans l'Asile-Ouvroir de l'Œuvre les aliénés sans asile, sans travail et sans guide, leur procurer du travail et les aider à retrouver leurs familles ;

Prévenir ainsi, à force de sollicitude et de soins, les rechutes qui se traduisent trop souvent par l'immoralité et par des actes de violence redoutables ;

Veiller à l'instruction religieuse et professionnelle des enfants des patronnés, et satisfaire à leurs besoins les plus essentiels, afin de combattre le développement des influences héréditaires.

Art. 2. — Le patronage s'exerce sous la direction du Comité administratif institué conformément à l'article 4 des statuts.

Les moyens d'action consistent en :

1° Un Asile-Ouvroir ;

2° Des secours à domicile ;

3° Des secours moraux ;

4° Des secours médicaux.

Chapitre II.

Administration générale.

Art. 3. — Le Comité administratif règle tout ce qui est relatif à l'administration, aux recettes et aux dépenses de l'Œuvre.

Il nomme et révoque le personnel nécessaire à l'Asile-Ouvroir et à tous autres emplois d'administration, et il fixe les traitements, gages et honoraires.

Il a la gestion des fonds et propriétés de l'Œuvre, il arrête chaque année le budget des recettes et des dépenses.

Il peut faire toutes ventes et tous achats de fonds publics, toutes locations, ou donner congé de baux existants, faire exécuter tous travaux de menues et grosses réparations.

Et généralement il règle toutes les affaires qui intéressent la situation matérielle de l'Œuvre.

Art. 4. — Le président, ou le membre du Comité administratif délégué par lui, remplit les fonctions d'ordonnateur, et, à ce titre, signe et délivre tous mandats pour l'acquittement des dépenses.

Art. 5. — Les attributions du secrétaire du Comité administratif consistent principalement dans la rédaction des procès-verbaux des délibérations du Conseil général et du Comité, auprès desquels il remplit les mêmes fonctions.

Il assiste à toutes les séances, ou en cas d'empêchement, il adresse au président, et avant la séance, le registre des délibérations.

Il signe avec le président du Conseil général les procès-verbaux des séances de ce Conseil, et avec le Président du Comité administratif, ceux des séances de ce Comité, ainsi que tous les extraits à délivrer de tous les procès-verbaux, soit du Conseil, soit du Comité.

Il a, en outre, la surveillance des archives qui sont déposées à l'Asile Ouvroir.

Art. 6. — Le trésorier encaisse les fonds, reçoit ou fait recevoir les dons et souscriptions, contrôle les dépenses et les recettes, en présente le compte chaque année au Comité administratif et lui soumet le budget de l'année suivante.

Il vise toutes les pièces de comptabilité, il signe, en vertu d'autorisation spéciale du Comité, toutes les ventes et transferts de fonds publics, tous achats, ventes ou échanges d'immeubles, tous baux ou marchés.

Il représente l'Œuvre dans tout ce qui a rapport aux affaires contentieuses et dans les affaires judiciaires, mais en ce cas, il ne peut agir qu'en vertu d'une délibération spéciale du Comité administratif.

Il tient deux registres : l'un pour l'inscription des recettes et dépenses de l'Œuvre, et l'autre pour celle des titres et valeurs, dont il a le dépôt et la garde.

Art. 7. — Toute réunion du Conseil est annoncée au moins trois jours à l'avance.

Les membres sont convoqués à domicile par lettre d'avis.

Lorsqu'un membre a manqué à trois séances consécutives, sans excuses légitimes ou empêchements admis par le Comité administratif, il peut être déclaré démissionnaire par une délibération spéciale du dit Comité.

Art. 8. — L'assemblée générale annuelle est annoncée huit jours au moins à l'avance.

De plus, des lettres de convocation indiquant le jour, l'heure et le lieu de la réunion, ainsi que l'ordre du jour, sont adressés à tous les membres de l'Œuvre.

Art. 9. — A l'ouverture de la séance, le Comité administratif expose, dans un rapport, le résumé des actes de l'administration, les résultats moraux et matériels obtenus, l'importance du personnel secouru, la situation financière et les projets en cours d'élaboration.

Le trésorier présente le compte détaillé des recettes et des dépenses de l'exercice clos, ainsi que le bilan général de l'Œuvre et la situation de la caisse.

Avant de se séparer, l'Assemblée générale procède, d'après l'article 3 des Statuts, au remplacement des membres du Conseil général décédés, ou ayant cessé de remplir leurs fonctions.

Après cette élection, le Conseil général, de son côté, et en vertu de l'article 5 des Statuts, pourvoit au remplacement des membres du Comité administratif sortis ou décédés.

Chapitre III.

Asile-Ouvroir.

Art. 10. — L'Asile-Ouvroir est dirigé par des dames religieuses, sous la surveillance d'une commission spéciale prise dans le Comité administratif.

Les religieuses doivent un concours actif à la commission de l'Asile, pour seconder les patronnés dans la recherche d'une occupation convenable, pour les aider à retrouver leurs familles, s'il y a lieu, pour éclairer les personnes auxquelles ils seraient confiés, enfin pour délivrer à domicile les secours en argent ou en nature accordés par le Comité administratif.

Art. 11. — L'Asile-Ouvroir est destiné, quant à présent, dans la limite des ressources de l'Œuvre, et suivant l'appréciation du Comité administratif :

1° A nourrir et à loger momentanément les aliénées femmes guéries, qui, à leur sortie des asiles publics, ou à toute autre époque, sont dénuées de tous moyens d'existence, ou qui, n'ayant pas retrouvé leurs familles, sont sans asile et sans guide, ou qui n'ont pu encore se procurer de nouvelles occupations.

2° Et à les recevoir les dimanches et fêtes avec leurs enfants, pour entretenir les relations de patronage et de confiance dont elles ont besoin.

Art. 12. — L'Œuvre se réserve d'établir ultérieurement, si elle en reconnaît l'utilité et si ses ressources le lui permettent, un ouvroir dans lequel on accorderait aux aliénés hommes guéris, dans les mêmes conditions que celles de l'ouvroir des femmes, les bienfaits dont jouissent ces dernières.

Art. 13. — Les admissions à l'Asile-Ouvroir ont lieu sous le contrôle de la commission spéciale, et ne peuvent être faites que sur une justification régulière, constatant que les personnes à admettre ont été traitées d'aliénation mentale dans l'un des asiles publics de la Seine.

Cette commission rend compte mensuellement au Comité administratif des admissions qu'elle a prononcées dans le mois précédent.

Art. 14. — Le maximum du séjour à l'Asile-Ouvroir est fixé à un mois, mais il peut être exceptionnellement prolongé par le Comité administratif, sur la proposition de la commission spéciale.

Art. 15. — L'Asile-Ouvroir ne peut conserver que des aliénées guéries ; et, s'il se manifeste une rechute, les mesures nécessaires doivent être prises immédiatement pour obtenir, dans le plus bref délai possible, la réintégration de la malade dans l'un des asiles de la Seine destinés au traitement.

Art. 16. — Les patronnées admises dans l'Asile-Ouvroir sont employées à des travaux divers, suivant leurs forces, leurs aptitudes et l'avis des médecins, afin de ne pas leur laisser contracter l'habitude de l'oisiveté.

Elles recevront, à leur sortie, une partie du produit de leur travail.

Art. 17. — Toutes les personnes admises dans l'Asile-Ouvroir, à quelque titre que ce soit, sont tenues de se conformer aux mesures d'ordre et de discipline que le Comité administratif croit devoir prescrire.

Chapitre IV.

Secours à domicile.

Art. 18. — Des secours proportionnés aux ressources de l'Œuvre sont distribués à domicile, en nature ou en argent, par les soins du Comité administratif, aux patronnés, tant hommes que femmes et enfants.

Art. 19. — Aucun secours ne peut être payé sans avoir été autorisé par le Comité administratif, à l'exception toutefois de celui qu'il serait urgent de délivrer au moment de la sortie de l'asile de traitement.

Dans ce cas, le maximum du secours est limité à dix francs.

Chapitre V.

Secours moraux.

Art. 20. — Les secours moraux sont donnés aux patronnés par MM. les aumôniers des asiles d'aliénés de la Seine ou autres qui font partie de l'Œuvre, par les religieuses de l'Asile-Ouvroir, et par tous les membres du Comité administratif et du Conseil général.

Art. 21. — Les sœurs de charité des maisons de secours, ainsi que les dames patronnesses choisies dans chacun des vingt arrondissements de Paris et dans la banlieue peuvent faire partie de l'Œuvre. Elles s'informent de l'état moral des patronnés et font connaître aux médecins ou au président du Comité administratif de l'Œuvre les irrégularités de caractère et d'intelligence qui leur ont été signalées, et, en outre, elles distribuent les secours en nature et en argent, lorsqu'elles en sont chargées par les membres du Comité administratif.

Chapitre VI.

Secours médicaux.

Art. 22. — Les fonctions des médecins de l'Œuvre consistent en un service régulier à la maison d'asile, en des consultations qu'ils donnent ou des visites qu'ils font en ville à ceux des patronés et à leurs enfants qui leur sont désignés.

Ces fonctions sont gratuites.

Art. 23. — Un comité spécial, composé de cinq médecins nommés par le Comité administratif, s'occupe de toutes les questions médicales et rend compte de ses travaux au Comité d'administration.

CHAPITRE VII.

Tenue de livres. — Comptabilité.

Art. 24. — Les registres suivants seront tenus à l'Asile Ouvroir, savoir :

1° Un registre matricule pour l'inscription de toutes les personnes patronnées par l'Œuvre, à quelque titre que ce soit ;

2° Un registre spécialement destiné à l'inscription des patronnées admises à l'Asile-Ouvroir ou qui y viennent passer les dimanches et fêtes ;

3° Un registre pour le compte du travail productif qui est fait dans l'Asile-Ouvroir ;

4° Un registre pour l'inscription du mobilier et tous autres objets appartenant à l'Œuvre et déposés dans l'Asile-Ouvroir ;

5° Et un registre destiné à recevoir les observations médicales que MM. les médecins de l'Œuvre voudraient y consigner, soit sous le rapport du perfectionnement de l'Œuvre, soit pour ce qui concerne les patronnés en particulier.

Ces divers registres sont cotés et paraphés par le président du Comité administratif.

Art. 25. — Les noms des patronnés devant rester secrets, les registres ne pourront jamais être communiqués qu'au Conseil général, au Comité administratif et à l'autorité supérieure administrative et judiciaire.

Art. 26. — La comptabilité de l'Œuvre est tenue conformément aux principes suivis pour les établissements publics de bienfaisance.

Art. 27. — L'année financière commence le 1er janvier, et finit au 31 décembre inclusivement.

Disposition générale.

Art. 28. — Toute délibération ayant pour objet de modifier le présent règlement ou d'y introduire de nouvelles dispositions sera soumise à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Adopté en assemblée du Conseil général, le 26 janvier 1865.

Signé : † G. ARCHEV. DE PARIS.

Approuvé, le 4 mai 1865.

Le Sénateur, Préfet de la Seine,

Signé : G.-E. HAUSSMANN.

La société a toujours été en prospérant et en comparant les résultats de l'exercice 1852 à ceux du dernier exercice, on constate que son budget a doublé en recettes et en dépenses.

D'après le rapport présenté au Conseil général de l'Œuvre, le 20 mai 1892 (Rapport communiqué par M. le docteur Jules Falret,) le mouvement de l'Asile-Ouvroir a été en 1891 :

Convalescentes présentes le 1er janvier 1891	38
Entrées dans l'année	52
Placées dans Paris	51
Réintégrées à l'asile Sainte-Anne	1
Décédées	2
Renvoyées dans leur pays	2
Présentes à l'asile le 31 décembre 1891	34

La Société a organisé des réunions du dimanche. Ces réunions sont un intermédiaire entre le séjour à l'Asile-Ouvroir et les secours à domicile. Les patronnés reçoivent un repas. En 1891, ont pris part aux réunions du dimanche 1,504 patronnés (hommes, femmes et enfants) et la dépense pour frais des réunions a été de 2,175 fr. 05. Pendant cette même année, 646 personnes ont été visitées et secourues à domicile, et la somme distribuée a été de 6,121 francs.

Il est intéressant d'examiner les ressources de l'œuvre.

Pour l'exercice 1891, les recettes ont été :

Restant en caisse de l'exercice 1890	110 fr.	93
Intérêts de rente 3 %	1,668	»
Intérêts du Crédit foncier	32	02
Travail du personnel secouru	2,515	»
Location d'immeuble	1,350	»
Cotisations	785	»
Loterie	6,000	»
Sermon de charité	7,043	60
Dons anonymes	16,900	»
Subvention du Ministère de l'Intérieur (années 1890 et 1891)	2,000	»
Total des Recettes	38,404 fr.	55
Le total général des dépenses a été en 1891, de	34,846	80
Il restait donc en caisse au 1er janvier 1892, une somme libre de	3,557 fr.	75

Les recettes de la Société sont dues, comme on le voit, en majeure partie à la charité privée.

L'Asile de Bailleul a été doté en 1881 d'une société de patronage. Le règlement daté du 20 décembre 1881 a été approuvé par le Préfet du Nord, le 4 février 1882.

Ce règlement est ainsi conçu :

RÈGLEMENT

—

TITRE Ier.

But de l'Œuvre.

Article premier. — L'œuvre de patronage des aliénées indigentes de Bailleul, a pour but général de combattre le funeste préjugé de l'incurabilité de l'aliénation et se propose en particulier :

Art. 2. — De protéger et de diriger dans la société, les indigentes qui sortent guéries ou améliorées de cet établissement.

Art. 3. — De les aider au besoin, par des secours temporaires en argent ou en nature, jusqu'à ce qu'elles aient pu regagner la confiance et retrouver de l'occupation.

Art. 4. — De réclamer en leur faveur, dans les localités qu'elles habitent, l'appui intellectuel et moral des personnes éclairées et charitables, afin de les prémunir, autant que possible, contre les circonstances qui les exposeraient à des rechutes ou au désespoir.

TITRE II.

Composition de l'Œuvre.

Art. 5. — Les membres de l'Œuvre se divisent en trois classes.

1° Les patrons ou patronnesses qui consentent non seulement à verser à la caisse une cotisation annuelle d'au moins cinq francs, mais à protéger personnellement les aliénées guéries ou améliorées et à leur distribuer, au besoin, les secours accordés par l'Œuvre.

2° Les associés souscripteurs des deux sexes qui, sans pouvoir s'occuper personnellement des aliénées sorties, veulent bien concourir à leur soulagement au moyen d'une contribution régulière ;

3° Les associés correspondants des deux sexes qui, sans vouloir s'engager à verser aucune cotisation à la caisse de l'Œuvre, veulent

bien protéger et aider directement, au lieu de leur domicile, les aliénées sorties de l'asile.

Titre III.

Administration.

Art. 6. — L'Œuvre a son siège central à Bailleul ; elle est administrée par un comité, qui se compose :

1° De M. le Préfet du Nord, président d'honneur ;

2° Des membres de la Commission de surveillance de l'asile ;

3° Du Directeur de l'asile :

4° Du Médecin en chef ;

5° Du Receveur ;

6° De l'Econome ;

7° De l'Aumônier.

Art. 7. — Le président de la Commission de surveillance de l'asile conservera les mêmes fonctions à l'égard de l'Œuvre.

Le Directeur et le Médecin en chef remplissent celles de secrétaires.

Le Receveur celles de trésorier et l'Econome celles de garde-magasin.

Titre IV.

Ressources de l'Œuvre.

Art. 8. — Les ressources de l'œuvre se composent :

1° Des fonds qui peuvent être votés au budget de l'asile par la Commission de surveillance ;

2° Des subventions qui peuvent être accordées par l'autorité supérieure ,

3° Des dons volontaires ;

4° Des cotisations des patrons et des associés souscripteurs ;

5° Du produit de la vente d'objets confectionnés par les dames pensionnaires ou donnés par d'autres personnes pour venir en aide à la sortie des aliénées ;

6° Du produit des loteries, quêtes, etc., etc.

Art. 9. — Le trésorier de l'Œuvre tient un journal spécial des recettes et des dépenses et rend annuellement compte de sa gestion au Comité.

Art. 10. — Il ne conserve habituellement en caisse qu'une somme de deux à trois cents francs au plus.

L'excédant est versé par lui à la caisse d'épargne au fur et à mesure des recettes.

TITRE V.

Dispositions générales.

Art. 11. — Le Directeur de l'asile peut, en cas d'urgence, autoriser le retrait de la caisse d'épargne des sommes nécessaires aux besoins de l'Œuvre, mais à la condition d'en avertir le Comité administratif à la plus prochaine séance.

Art. 12. — Tout placement des fonds de l'Œuvre en rentes sur l'État, et toute vente de ces rentes, ne peut avoir lieu qu'en vertu d'une délibération du Comité administratif.

Art. 13. — Les dépenses de l'Œuvre et les secours en argent accordés aux aliénées indigentes sont payés par le trésorier, contre mandats délivrés conjointement par le Directeur et le Médecin en chef de l'asile qui rendent compte de leurs opérations au Comité administratif.

Art. 14. — Le garde-magasin est chargé de l'acquisition et du dépôt des objets en nature destinés aux aliénées sorties. Il en fait la distribution sur autorisations signées conjointement par le Directeur et le Médecin en chef de l'asile.

Il tient écritures dans un carnet spécial des entrées et des sorties de ces objets.

Art. 15. — Tous les ans, le Directeur de l'asile présente au Comité administratif, le sommaire des opérations de l'année précédente et la situation des recettes et des dépenses. Le Médecin en chef, de son côté, expose les résultats obtenus par le patronage en ce qui concerne la santé physique et morale des aliénées secourues.

Art. 16. — Le présent règlement a été délibéré et adopté par tous les membres de la Commission de surveillance, dans sa séance de ce jour et sera soumis avec recommandation spéciale à l'approbation de M. le Préfet du Nord.

Bailleul, le 20 décembre 1881.

Le Directeur de l'asile,
Signé : LEBLOND.

Vu et approuvé :
Lille, le 4 février 1882.
Pour le Préfet du Nord :
Le Secrétaire général délégué,
Signé : BOUFFET.

On peut dire que l'œuvre de patronage de Bailleul a été littéralement calquée sur celle de Stéphansfeld, que M. Leblond, Directeur de

Bailleul, connaissait, puisqu'il avait été autrefois receveur de Stéphansfeld. L'œuvre a réussi dans le département du Nord comme elle avait réussi en Alsace. Le seul regret à exprimer est de n'avoir pas vu rappeler, dans cette circonstance, le nom de David Richard.

Au moment où une société de patronage était instituée à Bailleul, le docteur Baume travaillait à en fonder une à Quimper. L'organisation proposée par le docteur Baume était liée d'une part, à la création par l'asile, d'une industrie (briqueterie-tuilerie) devant fournir des ressources, et d'autre part, à l'installation d'une colonie agricole. Le Conseil général du Finistère à qui ce plan fut soumis fut d'avis d'ajourner le projet de statuts jusqu'au moment où la briqueterie-tuilerie serait bien organisée, aurait donné des résultats et remboursé le département de ses avances. Or, toute industrie a son aléa. La briqueterie de l'asile de Quimper a été créée, n'a pas prospéré, n'a pas donné les ressources qu'on espérait, et la société de patronage est restée à l'état de projet.

Baume a exposé ses idées et publié son projet de statuts dans les annales médico-psychologiques (mars 1892). Il a fait, à ce sujet, une communication au Congrès international de médecine mentale en 1889. Il est mort sans avoir vu son idée aboutir. Si ses efforts n'ont pas été récompensés par le succès de l'Œuvre, nous n'en devons pas moins rendre hommage à la pensée généreuse qui animait notre regretté confrère.

Au mois de janvier 1889, l'histoire des Sociétés de patronage pour les aliénés entre dans une nouvelle phase, par l'intervention des pouvoirs publics en France, en vue de favoriser la création de ces sociétés.

L'examen de cette intervention et des résultats obtenus comporte un chapitre spécial.

II.

L'INTERVENTION DES POUVOIRS PUBLICS EN FRANCE

L'intervention de l'administration publique en France, en vue de favoriser la création de sociétés de patronage pour les aliénés, a débuté par un rapport de M. le Directeur de l'assistance publique à M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur. Le rapport est conçu en ces termes :

« Monsieur le Président,

» Les aliénés guéris et ceux dont l'état mental s'est suffisamment amélioré pour que leur sortie de l'asile où ils étaient en traitement puisse être autorisée, sont fréquemment exposés à se trouver dans des situations de nature à amener des rechutes. Ceux dont l'affection mentale avait eu pour cause l'abus des boissons alcooliques reprennent leurs habitudes anciennes, s'ils sont livrés à eux-mêmes ; le plus grand nombre ne pouvant arriver à se procurer du travail, aussi bien à cause de leur état physique que de la méfiance dont ils sont l'objet, tombent dans une misère profonde.

» Il semble qu'un des moyens de remédier à cette situation serait de créer des établissements pour les malades des asiles reconnus guéris et pour ceux en voie d'amélioration dont la guérison complète s'obtiendrait plus rapidement, en ne se trouvant plus en contact avec d'autres aliénés. Ceux qui seraient admis dans ces établissements pourraient être autorisés à sortir pendant quelques heures par jour, et, tout en reprenant progressivement l'habitude de la liberté, ils chercheraient et arriveraient plus facilement à se procurer un travail suffisant pour vivre.

» J'ai l'honneur de vous proposer, Monsieur le président, de saisir de cette question le Conseil supérieur de l'assistance publique et de l'inviter à rechercher dans quelles conditions pourraient fonctionner ces établissements d'un caractère tout spécial et les mesures qu'il y aurait à prescrire, en vue de déterminer les formalités à remplir pour l'admission provisoire et la sortie définitive des aliénés guéris ou simplement améliorés.

» La création de ces établissements serait complétée très utilement

par celle de sociétés de patronage en faveur des aliénés indigents sortis des asiles : il y aurait un réel intérêt à ce que le Conseil supérieur de l'assistance publique étudiât les moyens qui pourraient être employés pour en développer le nombre et indiquât les conditions d'organisation de ces sociétés.

» Veuillez agréer, Monsieur le président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

» *Le Directeur de l'Assistance publique,*

» Signé : Henri MONOD.

» Soit renvoyé à l'examen du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

» Paris, le 4 janvier 1889.

» *Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur,*

» Signé : Charles FLOQUET. »

L'affaire portée ainsi devant le Conseil supérieur de l'assistance publique fut l'objet d'un rapport très important présenté par M. Bourneville, fut discutée à la 4e section les 17 et 19 janvier 1891, et soumise aux délibérations du Conseil, le 12 juin de la même année.

Dans son rapport, M. Bourneville fait l'exposé de l'œuvre de patronage des asiles de la Seine, en indique le fonctionnement, les résultats financiers de 1888, donne les statuts et le règlement.

M. Bourneville passe ensuite en revue les sociétés de patronage de Nancy, de Bailleul, et celle de Quimper dont il espère le fonctionnement régulier et définitif, vœu qui malheureusement ne s'est pas réalisé.

Puis, M. Bourneville aborde l'examen du patronage des aliénés à l'Etranger. Il rencontre en Alsace-Lorraine la société fondée à Stéphansfeld par David Richard, et fonctionnant toujours. Rien à Sarreguemines. En Angleterre, *the after care association for poor and friendlen female convalescents on leaving asylums for the insane.* Il en donne les statuts. En Belgique, la fondation Guislain. Pour l'Allemagne, il cite un certain nombre d'asiles ayant des caisses de secours pour les aliénés sortants : il donne les statuts de la société de secours des aliénés d'Eberswald. En Autriche, on trouve la société d'assistance de la Basse Autriche, et la société pour les aliénés guéris de Gratz : il donne le texte des statuts et du règlement de cette dernière société.

Il n'y a pas de société de patronage en Danemark. En Italie, plusieurs sociétés de patronage existent. Les statuts de la société de Turin sont donnés aux annexes. Rien n'existe en Russie. Plusieurs

sociétés de patronage se rencontrent en Suisse. Les statuts de la société Zuricoise sont donnés, ainsi que ceux de la société Bernoise.

De cet ensemble de documents, le docteur Bourneville déduit des considérations générales pour l'organisation des sociétés de patronage, pour leur assurer des ressources, pour déterminer la nature des secours qu'elles ont à fournir et il exprime l'opinion qu'il y a un réel intérêt à établir un lien entre les différentes sociétés de patronage pour les aliénés.

La 4e section, après discussion, adopta une série de résolutions à présenter au Conseil supérieur de l'Assistance publique et un projet de statuts pour servir de modèle aux nouvelles sociétés de patronage dont la création était désirée.

Voici ce modèle de statuts :

Titre Ier.

But de la société.

Article 1er. — La société de patronage, fondée à...., en 189 , a pour but : 1° de combattre les préjugés relatifs à l'incurabilité et au traitement de l'aliénation mentale ; 2° de venir en aide aux aliénés indigents et nécessiteux, sortis guéris de l'asile public (ou des asiles publics) du département de..... Le concours de la société s'étend aux enfants des aliénés et à leur famille.

Titre II.

Composition de la société.

Art. 2. — La société se compose de membres perpétuels ou fondateurs, de membres titulaires et de membres adhérents en nombre illimité.

Le titre de membre perpétuel ou fondateur s'acquiert par la concession d'une rente annuelle et perpétuelle de quinze francs ou par le don d'un capital de trois cents francs au moins.

Le titre de membre titulaire est acquis à toute personne payant une souscription de trente francs au moins.

Le titre de membre adhérent appartient aux personnes qui paieront une cotisation de.... francs.

Titre III.

Administration.

Art. 3. — La direction de la société est confiée à un comité composé de dix membres ; deux élus par le Conseil général du département ;

deux par la commission de surveillance de ou des asiles, des médecins en chef, du médecin directeur (ou du directeur administratif) de l'asile (ou de chaque asile) du département; de X membres élus par l'assemblée générale annuelle. Le receveur de ou des asiles remplit les fonctions de trésorier et l'économe de l'asile (ou l'un des économes des asiles) celles de garde-magasin.

Le comité est renouvelable par tiers tous les ans. Le tirage au sort désigne les membres sortants. Ils peuvent être réélus.

Art. 4. — Le comité choisit dans son sein un président, un vice-président, un secrétaire et un trésorier. Il se réunit tous les mois et en outre, toutes les fois que les besoins de la société l'exigent. Il peut délibérer à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Art. 5. — Le comité est chargé de la gestion morale et matérielle de la société, de l'ensemble et des détails de son administration.

Il peut aussi accepter des dons et legs, acquérir, vendre ou échanger des immeubles, faire des constructions nouvelles, emprunter sur hypothèques, ester en justice, plaider et transiger, sous les conditions prévues par la loi.

Les délibérations relatives aux acceptations des dons et legs, aux acquisitions, aliénations ou échanges d'immeubles, aux emprunts ou hypothèques, devront être soumises à l'approbation du gouvernement.

Art. 6. — Le président ou un membre du Comité délégué par lui remplit les fonctions d'ordonnateur, et, à ce titre, signe et délivre tous mandats pour l'acquittement des dépenses.

Art. 7. — Les attributions du secrétaire du Comité consistent principalement dans la rédaction des procès-verbaux des délibérations du Comité et des assemblées générales.

Il assiste à toutes les séances et, en cas d'empêchement, il adresse au président, et avant la séance, le registre des délibérations.

Il signe avec le président du Comité les procès-verbaux de ce Comité et des assemblées générales, ainsi que tous les extraits à délivrer de tous les procès-verbaux. Il a, en outre, la surveillance des archives qui sont déposées à l'asile.

Titre IV.

Ressources de la Société.

Art. 8. — Les ressources de la Société se composent :

1° Des revenus de toute nature provenant des biens et valeurs lui appartenant ;

2° Des cotisations des membres des différentes catégories ;

3° Des subventions allouées par l'Etat, le département ou les communes ;

4° Du produit des loteries, bals, concerts, matinées, kermesses, ventes de bienfaisance, conférences, etc. ;

5° D'une part des bonis réalisés par l'asile ;

6° Des dons et legs dont l'acceptation aura été autorisée par le gouvernement ;

7° Du produit des troncs placés dans l'asile.

Art. 9. — Le trésorier est chargé de la perception des produits et revenus de la Société et du payement des dépenses.

Il représente la Société en toute circonstance ; mais il ne peut agir qu'en vertu de délibérations spéciales du Comité.

Il rend compte de sa gestion à la fin de chaque année au Comité, lui soumet le budget de l'année suivante et lui fait connaître tous les mois, l'état de la caisse et la situation financière de la Société.

Il vise toutes les pièces de comptabilité ; il signe, en vertu d'autorisations spéciales du Comité, toutes les ventes et transferts de fonds publics, tous achats, ventes ou échanges d'immeubles, tous baux et marchés.

Il représente la Société dans tout ce qui a rapport aux affaires contentieuses et dans les affaires judiciaires, mais en ce cas, il ne peut agir qu'en vertu d'une délibération spéciale du Comité.

Il tient deux registres, l'un pour l'inscription des recettes et dépenses de la Société, et l'autre pour celle des titres et valeurs dont il a le dépôt et la garde.

Art. 10. — La comptabilité de la Société est tenue conformément aux principes suivis pour les établissements de bienfaisance.

Art. 11. — L'année financière commence le 1er janvier et finit le 31 décembre inclusivement.

Art. 12. — Les fonds libres seront placés dans une des caisses publiques jusqu'à leur emploi définitif.

Les excédents de recettes qui ne seront pas nécessaires aux besoins de la Société seront placés en fonds publics français.

Titre V.

Des secours.

Art. 13. — Des secours proportionnés aux ressources de la Société sont distribués à domicile, en nature ou en argent, par les soins du Comité, aux patronnés, tant hommes que femmes et enfants.

Art. 14. — Le garde-magasin est chargé de l'acquisition et du dépôt des objets en nature destinés aux aliénés sortis. Il en fait la distribution sur autorisations signées par l'un des membres du Comité et le membre de la Société qui a visité le patronné, ou par le Directeur et le Médecin en chef de l'asile. Il tient écriture dans un carnet spécial des entrées et des sorties de ces objets.

Art. 15. — Aucun secours ne peut être payé sans avoir été autorisé par le Comité, à l'exception toutefois, de celui qu'il serait urgent de délivrer au moment de la sortie de l'asile de traitement. Dans ce cas, le maximum de secours est fixé à x francs.

Art. 16. — Les secours moraux sont donnés aux patronnés par tous les membres de la société. Ils s'informent de l'état moral des patronnés et font connaître aux médecins ou au président du Comité les irrégularités de caractère et d'intelligence qui leur ont été signalés et distribuent les secours en nature et en argent, lorsqu'ils en sont chargés par le Comité.

Art. 17. — Les fonctions des médecins de la société consistent en des consultations qu'ils donnent ou des visites qu'ils font à ceux des patronnés et à leurs enfants, appartenant à leur circonscription, qu'ils ont visités eux-mêmes, ou qui leur sont signalés. Ces fonctions peuvent être rétribuées.

Titre VI.

Dispositions générales.

Art. 18. — Une assemblée générale de tous les membres de la société a lieu au moins une fois chaque année. Le Comité y expose la situation morale et financière de la société et rend compte des résultats obtenus. Des exemplaires du compte-rendu sont adressés à M. le Ministre de l'Intérieur, à M. le Préfet, aux conseillers généraux et aux membres de la Commission de surveillance.

Art. 19. — L'assemblée générale annuelle est annoncée huit jours au moins à l'avance. Les lettres de convocation, indiquant le jour, l'heure et le lieu de la réunion, ainsi que l'ordre du jour, sont adressées à tous les membres de la société.

Art. 20. — L'assemblée procède d'après les dispositions de l'article 3 au remplacement des membres du Comité décédés ou ayant cessé de remplir leurs fonctions.

Dans la même séance, l'assemblée délibère d'ailleurs, quel que soit le nombre des membres présents, sur toutes les matières qui lui sont soumises par le comité dans l'intérêt de la société.

Art. 21. — Dans le cas où la société cesserait d'exister, les immeubles, meubles, capitaux et autres valeurs lui appartenant, deviendraient la propriété de l'asile.

Art. 22. — Nul changement aux présents statuts ne pourra être proposé au gouvernement que d'après l'avis de l'assemblée générale, émis à la majorité des deux tiers des membres présents.

Le conseil supérieur de l'Assistance publique adopta des résolutions qui ont été transmises par la circulaire suivante :

Paris, le 9 Février 1892.

Monsieur le Préfet, il arrive assez fréquemment que les médecins des asiles d'aliénés hésitent à provoquer la mise en liberté d'individus dont l'état mental leur paraît suffisamment amélioré pour rendre inutile leur maintien en traitement, où qu'ils considèrent même comme guéris, dans la crainte que ces malheureux, livrés brusquement à eux-mêmes sans surveillance et souvent sans ressources, reprennent les habitudes d'existence qui ont été parfois la cause déterminante de leur maladie, et se trouvent d'autre part, dans l'impossibilité de se procurer du travail par suite des préventions trop répandues auxquelles sont en butte les personnes ayant passé par un établissement d'aliénés.

Mon administration, qui se préoccupe depuis longtemps des moyens de remédier à cette situation, a toujours été portée à les chercher dans l'intervention de sociétés de patronage dont l'œuvre consisterait à surveiller et à aider l'aliéné pendant les premières phases de son retour à la vie commune. Saisi de la question, à l'occasion de l'examen du projet de loi portant révision de la législation sur les aliénés, le Conseil supérieur de l'assistance publique a formulé, dans sa seconde session ordinaire de 1891, une série de propositions dont voici le texte :

Résolutions votées par le Conseil supérieur au sujet de la création des sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles.

I.

Le Conseil émet le vœu qu'il existe dans chaque département, une ou plusieurs sociétés de patronage chargées de seconder les malades à leur sortie des établissements d'aliénés publics ou privés, et que M. le Ministre de l'Intérieur, dans une circulaire aux préfets, invite ceux-ci à favoriser par tous les moyens la création de ces sociétés.

II.

Les sociétés de patronage viendront en aide aux aliénés convalescents ou guéris, par les moyens suivants :

Secours en argent, en linge, en vêtements, outils (ces secours peuvent être hebdomadaires, mensuels, trimestriels) ; dégagement des objets mis au Mont-de-Piété ; paiement du loyer, placement des malades dans des asiles de convalescence, dans des cottages intermédiaires entre l'internement complet et la vie libre, ou encore, s'il y a lieu, dans les hospices ; placement définitif dans les ateliers et les maisons de commerce, d'agriculture, etc....., surveillance de l'aliéné guéri dans la place où il est occupé.

III.

Il y a intérêt à établir un lien entre les différentes sociétés de patronage.

IV.

Les sociétés de patronage pourront être autorisées à toucher le pécule de sortie de l'aliéné de façon à le lui remettre en temps utile et au besoin par fractions.

En émettant ces résolutions, le Conseil était assuré de me trouver prêt à seconder la réalisation de vues qui répondent absolument aux miennes et touchent à un des plus intéressants parmi les problèmes que l'assistance publique doit se donner mission de résoudre.

Je n'hésite donc pas à me conformer à un des vœux du conseil en appelant toute votre sollicitude sur la question de l'organisation de sociétés de patronage pour la protection des aliénés sortant des asiles.

Comme l'établissait le rapport présenté au conseil supérieur et que vous trouverez reproduit dans le fascicule 36 des travaux de cette assemblée, ces sociétés sont peu nombreuses en France malgré certaines initiatives généreuses. Il y a là un progrès très désirable à poursuivre. J'attache la plus sérieuse importance à ce que vous recherchiez quels éléments d'organisation, quelles ressources particulières peut présenter à cet égard votre département comme aussi quelles causes spéciales d'insuccès la tentative pourrait être exposée à y rencontrer.

Je prendrai connaissance avec un grand intérêt des résultats de cette étude que je vous prie de me communiquer le plus promptement

possible en y joignant les observations personnelles que pourra vous suggérer la question.

Recevez, Monsieur le Préfet, etc...

Le Ministre de l'Intérieur,

Signé : CONSTANS.

J'ai, maintenant, à examiner la suite donnée à la circulaire du Ministre. Pour être en mesure de présenter cet exposé, je me suis adressé à tous mes collègues, qui sont devenus ainsi mes collaborateurs, et je me fais un plaisir de signaler l'empressement avec lequel ils ont répondu à ma demande.

Pour procéder méthodiquement dans le dépouillement de cette volumineuse correspondance, j'ai classé les réponses en suivant l'ordre alphabétique des départements qui ont, soit un asile public, soit un quartier d'hospice, soit un asile privé faisant fonction d'asile public. Il ne pouvait pas être question des maisons privées ne recevant que des pensionnaires riches puisque les sociétés de patronage ne s'appliquent pas à cette catégorie de malades.

Ain. — *Asiles de Bourg.* — (Asiles privés faisant fonctions d'asiles publics).

Pas de société de patronage en voie d'organisation. Le docteur A. Adam a répondu à la circulaire ministérielle que la population des aliénés assistés de l'Ain est presque exclusivement agricole. Les malades retrouvent assez facilement du travail à leur sortie de l'asile.

Le docteur Adam a conclu en disant : « Dans le département de » l'Ain, la création d'une société de patronage pour les aliénés sortis » des asiles constituerait, comme le dit la circulaire ministérielle, un » progrès très désirable à poursuivre, mais ne s'impose pas avec le » même caractère d'urgence que dans certains départements ou prédo- » minent les agglomérations ouvrières. »

Aisne. — *Asile de Prémontré.*

La Commission de surveillance, dans sa séance du 3 novembre 1892, a, sur la proposition de M. le docteur Pilleyre, directeur-médecin, approuvé le projet suivant de statuts :

TITRE Ier.

But de la société.

Article premier. — La société de patronage fondée à Prémontré en 1892 a pour but : 1° de combattre les préjugés relatifs à l'incurabilité

et au traitement de l'aliénation mentale ; 2° de venir en aide aux aliénés indigents sortis convalescents ou guéris de l'asile public du département de l'Aisne.

Le concours de la société s'étend aux enfants des aliénés et à leur famille.

Titre II.

Composition de la société.

Art. 2. — La société se compose de membres perpétuels (ou fondateurs) de membres titulaires et de membres adhérents, en nombre illimité.

Le titre de membre fondateur s'acquiert par la concession d'une rente annuelle et perpétuelle de quinze francs ou par le don d'un capital de trois cents francs au moins.

Le titre de membre titulaire est acquis à toute personne payant une souscription annuelle de dix francs au moins.

Le titre d'adhérent appartient aux personnes qui paieront une cotisation annuelle de cinq francs.

Titre III.

Administration.

Art. 3. — La direction de la société est confiée à un comité composé de dix membres ; deux élus par le Conseil général du département ; deux par la Commission de surveillance de l'asile, du directeur-médecin et du médecin adjoint, de quatre membres élus par l'assemblée générale annuelle.

Le Receveur-Econome remplira les fonctions de Trésorier et de garde-magasin.

Les membres élus du comité sont renouvelables par tiers tous les ans. Le tirage au sort désigne les membres sortants. Ils peuvent être réélus.

Art. 4. — Le comité choisit dans son sein un président, un vice-président, un secrétaire et un trésorier. Il se réunit tous les mois et, en outre, toutes les fois que les besoins de la Société l'exigent. Il peut délibérer à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Art. 5. — Le comité est chargé de la gestion morale et matérielle de la Société, de l'ensemble et des détails de son administration.

Il peut aussi accepter des dons et des legs, acquérir, vendre ou

échanger des immeubles, faire des constructions, emprunter et hypothéquer, ester en justice, plaider et transiger, sous les conditions prévues par la loi.

Les délibérations relatives aux acceptations des dons et legs, aux acquisitions, aliénations ou échanges d'immeubles, aux emprunts ou hypothèques devront être soumises à l'approbation du gouvernement.

Art. 6. — Le président ou un membre du comité délégué par lui, remplit les fonctions d'ordonnateur et, à ce titre, signe ou délivre tous mandats pour l'acquittement des dépenses.

Art. 7. — Les attributions du secrétaire du comité consistent principalement dans la rédaction des procès-verbaux des délibérations du comité et des assemblées générales.

Il assiste à toutes les séances et, en cas d'empêchement, il adresse au président et avant la séance, le registre des délibérations.

Il signe avec le président du Comité, les procès-verbaux de ce Comité et des assemblées générales, ainsi que tous les extraits à délivrer de tous les procès-verbaux. Il a, en outre, la surveillance des archives qui sont déposées à l'asile.

Titre IV.

Ressources de la Société.

Art. 8. — Les ressources de la Société se composent :

1° D'une première mise de fonds de 1,200 francs environ provenant de reliquats de pécules d'aliénés morts ou sortis sans laisser de traces antérieurement à l'année 1887 ;

Cette somme qui se trouve actuellement sans affectation dans la caisse du Receveur, ne saurait en trouver une meilleure. Issue du travail des aliénés, elle sera consacrée à les secourir ;

Il est entendu, d'ailleurs, que si par hasard, quelques-uns des ayants-droit présentaient, à quelque époque que ce soit, une réclamation légitime, il y serait fait droit, par le prélèvement de la somme réclamée, sur la caisse de la Société et, au besoin, sur les ressources de l'asile ;

2° Des revenus de toute nature provenant des biens et valeurs lui appartenant ;

3° Des cotisations des membres de différentes catégories ;

4° Des subventions allouées par l'Etat, le département et les communes ;

5° D'une part des bonis réalisés par l'asile ;

6° Des dons et legs dont l'acceptation aura été autorisée par le Gouvernement ;

7° Du produit des troncs placés dans l'asile ;

8° Du produit de loteries, concerts, conférences, etc...

Art. 9. — Le trésorier est chargé de la perception des produits et revenus de la Société et du paiement des dépenses.

Il représente la Société en toute circonstance, mais il ne peut agir qu'en vertu des délibérations spéciales du Comité.

Il rend compte de sa gestion à la fin de chaque année au Comité, lui soumet le budget de l'année suivante et lui fait connaître tous les mois, l'état de la caisse et la situation financière de la Société.

Il vise toutes les pièces de comptabilité ; il signe en vertu d'autorisations spéciales du Comité, toutes les ventes et transferts de fonds publics, tous achats, ventes ou échanges d'immeubles, tous baux et marchés.

Il représente la Société dans tout ce qui a rapport aux affaires contentieuses et dans les affaires judiciaires, mais en ce cas, il ne peut agir qu'en vertu d'une délibération spéciale du Comité.

Il tient deux registres, l'un pour l'inscription des recettes et des dépenses de la Société, et l'autre pour celle des titres et valeurs, dont il a le dépôt et la garde.

Art. 10. — La comptabilité de la Société est tenue conformément aux principes suivis pour les établissements de bienfaisance.

Art. 11. — L'année financière commence le 1er janvier et finit le 31 décembre inclusivement.

Art. 12. — Les fonds libres seront placés dans une des caisses publiques jusqu'à leur emploi définitif.

Les excédants de recettes qui ne seront pas nécessaires aux besoins de la Société, seront placés en fonds publics français.

Titre V.

Des secours.

Art. 13. — Des secours proportionnés aux ressources de la société sont distribués en nature ou en argent, par les soins du Comité, aux patronnés nécessiteux, soit à leur sortie de l'asile, soit à leur domicile.

Art. 14. — Le garde magasin est chargé de l'acquisition et du dépôt des objets en nature destinés aux aliénés sortis. Il en fait la distribution sur autorisations signées par l'un des membres du comité et le membre de la société qui a visité le patronné, ou par le Directeur-

médecin en chef de l'asile. Il tient écriture sur un carnet spécial des entrées et des sorties de ces objets.

Art. 15. — Aucun secours ne peut être payé sans avoir été autorisé par le Comité, à l'exception, toutefois, de celui qu'il serait urgent de délivrer au moment de la sortie de l'asile. Dans ce cas, le maximum de secours est fixé à dix francs.

Art. 16. — Les secours moraux sont donnés aux patronnés par tous les membres de la société. Ils s'informent de l'état moral des patronnés et font connaître aux médecins ou au président du Comité, les irrégularités de caractère et d'intelligence qui leur ont été signalés ; et distribuent les secours en nature et en argent, lorsqu'ils en sont chargés par le Comité.

Art. 17. — Les fonctions des médecins de la société consistent en des consultations qu'ils donnent ou des visites qu'ils font aux patronnés et à leurs familles appartenant à leurs circonscriptions, qu'ils ont visités eux-mêmes ou qui leur sont signalés.

Ces fonctions peuvent être rétribuées.

Titre VI.

Dispositions générales.

Art. 18. — Une assemblée générale de tous les membres de la Société a lieu au moins une fois chaque année, dans une des grandes villes du département de l'Aisne désignée par le Comité.

Le Comité y expose la situation morale et financière de la Société et rend compte des résultats obtenus. Des exemplaires du compte rendu sont adressés à M. le Ministre de l'Intérieur, à MM. les Préfets de l'Aisne et des Ardennes, aux conseillers généraux de ces deux départements, aux membres de la Commission de surveillance de l'asile.

Art. 19. — L'assemblée générale annuelle est annoncée huit jours au moins à l'avance. Les lettres de convocation indiquant le jour, l'heure et le lieu de la réunion, ainsi que l'ordre du jour, sont adressées à tous les membres de la Société.

Art. 20. — L'assemblée procède d'après les dispositions de l'article 3 au remplacement des membres du Comité, décédés ou ayant cessé de remplir leurs fonctions.

Dans la même séance, l'assemblée délibère, d'ailleurs, quel que soit le nombre des membres présents, sur toutes les matières qui lui sont soumises par le Comité dans l'intérêt de la Société.

Art. 21. — La Société sera unique pour tous les malades sortis de l'asile de Prémontré.

Toutefois, le département des Ardennes qui, en vertu d'un traité, envoie ses aliénés des deux sexes à Prémontré, sera appelé à former un groupe distinct, représenté par un sous-comité, qui donnera son avis pour toutes les questions intéressant plus particulièrement les malades de ce département et le transmettra au Comité central siégeant à Prémontré.

Art. 22. — Le présent projet de statuts sera discuté dans la première séance du comité et modifié s'il y a lieu.

Il deviendra ensuite définitif et nul changement ne pourra être proposé au gouvernement, que d'après l'avis de l'assemblée générale, émis à la majorité des deux tiers des membres présents.

Allier. — *Asile de Sainte-Catherine d'Yzeure.*

La commission de surveillance ne s'est pas montrée favorable au projet de création d'une société de patronage, et s'est bornée à demander le dépôt dans les archives de la circulaire ministérielle et du projet de règlement rédigé par le Directeur.

Alpes-Maritimes. — *Asile Saint-Pons, à Nice.* (Asile privé faisant fonction d'asile public.)

Pas de société de patronage en voie d'organisation. Le médecin en chef de l'établissement croit que l'on rencontrerait des difficultés surtout à cause de la forte proportion de l'élément étranger à l'asile.

Ardèche. — *Sainte-Marie de l'Assomption, à Privas.* (Asile privé faisant fonction d'asile public.)

D'après les renseignements fournis par le Médecin en chef de l'asile, les aliénés sortant de l'Etablissement, rentrent dans leur famille et trouvent de l'ouvrage. Le besoin d'une société de patronage ne se fait pas sentir.

Aude. — *Asile de Limoux.* (Asile privé faisant fonction d'asile public.)

Pas de société de patronage, la circulaire ministérielle n'a pas été communiquée à l'asile.

Aveyron. — *Asile de Rodez.*

Pas de société de patronage. L'administration préfectorale a répondu dans un sens défavorable à la circulaire ministérielle. Le docteur Ramadier croit qu'une société de patronage pourrait être organisée dans le département, et que si cette société existait les

occasions de rendre des services ne lui manquerait pas. Il cite dans sa lettre un exemple frappant où l'absence de toute protection à la sortie de l'asile est une véritable lacune dans l'assistance publique.

Bouches-du-Rhône. — *Asile d'Aix.*

Le docteur Dauby a présenté un rapport favorable à la création d'une société de patronage ayant son siège principal à Marseille et représentée au chef-lieu de chaque arrondissement avec membres correspondants dans les communes. Les maires des communes et les médecins des enfants assistés pourraient être utilisés.

Examinant la question financière de l'œuvre de patronage, le docteur Dauby expose que le fonctionnement de la société pourrait être assuré immédiatement, sans attendre que la charité privée et les subventions publiques lui aient fourni les ressources nécessaires, si un prix de journée réduit, était alloué aux aliénés sortant de l'asile, en attendant qu'ils pussent se suffire entièrement à eux-mêmes. Le département et les communes y trouveraient avantage en cessant de payer le prix de journée sur le taux de 1 franc 30 centimes dès que le maintien à l'asile n'est plus indispensable. Le docteur Dauby préconise en somme dans son rapport, une sorte d'assistance à domicile des aliénés, sous le contrôle et avec le concours de la société de patronage.

Asile de Marseille.

Le Directeur, les médecins en chef, la commission de surveillance, se sont montrés favorables à l'organisation de la société de patronage. Le Préfet des Bouches-du-Rhône et Madame Galtié avaient même accepté de faire partie du comité, mais les statuts n'avaient pas encore été rédigés à la date du 20 janvier 1893.

Calvados. — *Asile du Bon-Sauveur à Caen.* — (Asile privé faisant fonction d'asile public.)

Pas de société de patronage. La circulaire ministérielle n'a pas été communiquée à l'asile.

Cantal. — *Asile d'Aurillac.* (Quartier d'Hospice.)

Pas de société en voie d'organisation. La circulaire ministérielle n'a été communiquée à l'asile qu'au mois de décembre 1892. L'avis donné a été qu'une société de patronage peut avoir à faire œuvre utile. Toutefois, dans le Cantal, la nécessité du patronage ne s'impose pas, parce que les malades sortant de l'asile peuvent être presque toujours rendus à leur famille.

Charente. — *Asile de Breuty la Couronne.*

Le docteur Péon a adressé au Préfet un rapport émettant un avis très favorable à la création des sociétés de patronage, mais aucune disposition n'a encore été prise en vue d'organiser l'œuvre de patronage dans la Charente.

Charente-Inférieure. — *Asile de Lafond.* (La Rochelle.)

La création d'une société de patronage a été proposée. Les statuts se rapprochent sensiblement de ceux qui ont été adoptés dans la Seine.

Cher. — *Asile de Beauregard.* (Près Bourges).

Aucune société de patronage n'a été organisée. Le docteur Chambard a publié dans les annales médico-psychologiques (juillet 1892), le rapport qu'il a adressé sur cette question. Il est partisan de la création de colonies agricoles pour les aliénés sortant guéris ou améliorés des asiles. Je dois rappeler que c'est dans le département du Cher qu'a lieu l'expérience faite par le département de la Seine, d'assister les aliénés inoffensifs dans une colonie familiale, analogue à celles de Gheel et Lierneux en Belgique. (Colonie de Dun sur Auron).

Corrèze. — *Asile de La Cellette.* (Asile privé faisant fonction d'asile public).

Pas de société de patronage. Le docteur Bargy, médecin en chef, n'a pas eu connaissance de la circulaire ministérielle.

Côte-d'Or. — *Asile de Dijon.*

Pas de société de patronage. Le docteur Samuel Garnier a fait un rapport favorable à la création d'une société de patronage, mais aucune suite n'y a été donnée.

Côtes-du-Nord. — *Asile de Saint-Brieuc.* (Quartier d'hospice). — *Asile de Lehon,* près Dinan, et *Asile du Bon Sauveur de Bégard.* (Asiles privés faisant fonction d'asiles publics).

Pas de société de patronage en voie d'organisation. Le médecin de l'asile de Saint-Brieuc ne s'est pas prononcé en faveur du patronage et ne sait pas si l'œuvre est pratique dans la région qu'il occupe. Les familles des aliénés guéris cherchent à cacher la maladie de leur parent et ne voudraient pas qu'on parut s'en occuper au sortir de l'asile.

A Lehon, aucune suite n'a été donnée à la circulaire ministérielle Cette circulaire n'a pas été communiquée à l'asile du Bon Sauveur de Bégard.

Eure. — *Asile d'Evreux.*

La création d'une société de patronage pour les aliénés sortant guéris ou améliorés a été admise en principe à l'asile d'Evreux. Le docteur Brunet estimant qu'on doit assurer d'abord les ressources nécessaires à son fonctionnement demande qu'elle soit subventionnée par le département ou par l'asile, et la question doit être soumise au Conseil général dans sa session d'août prochain.

Eure-et-Loir. — *Asile de Bonneval.*

Le docteur Camuset a adressé un rapport favorable à la création d'une société de patronage. Le Sous-Préfet de Châteaudun a exprimé l'opinion qu'une telle société ne pourrait jamais exister dans la région. Le Préfet d'Eure-et-Loir a réuni une commission à laquelle les membres du Conseil général se sont joints et il a été décidé que la société de patronage des aliénés sortis guéris de l'asile se confondrait avec un Comité déjà existant et chargé de s'occuper des condamnés libérés. Ni le Préfet d'Eure-et-Loir, ni le docteur Camuset n'étaient partisans de cette solution et on ne peut que déplorer cette sorte de confusion faite entre des aliénés et les condamnés libérés.

Finistère. — *Asile de Quimper.* (Hommes). — *Hospice de Morlaix.* (Femmes).

A Quimper, le projet de Baume, comme on le sait, n'a pas abouti. Aucune suite n'a été donnée à la circulaire ministérielle du 9 février 1892.

A Morlaix, la circulaire du Ministre n'a pas été communiquée.

Haute-Garonne. — *Asile de Bracqueville*, près Toulouse.

Pas de société de patronage en voie d'organisation. Toutefois, la commission de surveillance consultée a émis l'avis qu'elle serait désireuse de voir cette œuvre de bienfaisance instituée dans le département.

Gers. — *Asile d'Auch.*

Pas de société de patronage. Il a été répondu au Ministre que pour les malades qui sortent de l'Etablissement, les familles se chargent généralement de s'occuper d'eux, et que c'est véritablement le meilleur mode d'assistance qu'ils puissent trouver dans ce pays.

Gironde. — *Asile de Cadillac.* (Hommes). — *Asile de Bordeaux.* (Femmes).

Aucune suite donnée à la circulaire ministérielle. L'affaire a été soumise dans l'un et l'autre asile à la commission de surveillance. A

Cadillac, la commission a estimé que les éléments nécessaires pour la constitution de la société faisaient défaut dans la région. A Bordeaux, la commission a, dans sa délibération, exprimé l'avis que la nécessité de cette œuvre de patronage ne se faisait par sentir. Les femmes sortant de l'asile sont en petit nombre ; elles ont généralement une famille qui les recueille. Il existe à Bordeaux un grand nombre d'œuvres philanthropiques et il a paru difficile de susciter de nouveaux efforts charitables.

Hérault. — *Asile de Montpellier.* (Quartier d'Hospice).

Pas de société de patronage. Le professeur Mairet, médecin en chef de l'asile, estime que cette société serait à peu près inutile dans les conditions où l'on est placé, l'asile ne recevant que des malades du département. Jamais il n'a eu de difficulté pour faire reprendre les malades guéris ou améliorés par leur famille ou les faire recueillir à l'hospice lorsqu'ils se trouvaient dans l'impossibilité de gagner leur vie.

Ille-et-Vilaine. — *Asile Saint-Méen*, à Rennes.

Le docteur Poret a adressé un rapport favorable à la création d'une société de patronage. Aucune suite n'y a été donnée.

Indre-et-Loire. — *Quartier d'hospice de Tours.*

Pas de société en voie d'organisation. La réponse à la circulaire ministérielle n'a pas été communiquée au médecin de l'asile. Le docteur Lallemant, médecin en chef, croit à la nécessité des sociétés de patronage et cite des faits à l'appui de son opinion.

Isère. — *Asile de Saint-Robert.*

Pas de société de patronage. Le docteur Dufour, à la suite de la circulaire du 9 février, a rédigé un rapport proposant une organisation cantonale générale de l'assistance publique, mais rien n'a été fait.

Jura. — *Asile de Dôle.*

La question a été soumise deux fois à la commission de surveillance qui, en second lieu, a donné un avis plus favorable que la première fois, mais aucune société de patronage n'est en voie d'organisation.

Loir-et-Cher. — *Asile de Blois.*

La commission de surveillance avait décidé, en principe, de s'organiser en Comité de patronage analogue à celui des condamnés libérés et avait élaboré des statuts. L'article 3 portait qu'en aucun

cas et en aucune manière, le Comité ne saurait être rendu responsable des accidents provoqués par les aliénés guéris placés par lui au dehors, ou sur sa recommandation. Le Conseil des Inspecteurs généraux ayant formellement demandé la suppression de cet article parce que les sociétés pas plus que les individus, ne peuvent échapper aux responsabilités, la commission a déclaré qu'elle attendrait le vote de la loi nouvelle sur les aliénés, pour prendre une décision.

Haute-Loire. — *Asile de Montredon*, au Puy. (Asile privé faisant fonction d'asile public).

Pas de société en voie d'organisation. Le médecin de l'asile est favorable à cette création.

Loire-Inférieure. — *Quartier d'hospice de Nantes.*

Pas de société de patronage. Le docteur Biaute, médecin en chef de l'hospice, est d'avis que l'absence de cette société est une lacune regrettable.

Loiret. — *Quartier d'hospice d'Orléans.*

Pas de société de patronage. Le docteur Riu a eu tardivement communication de la circulaire et a fait un rapport tendant à la création d'une société. Dans son rapport, il a indiqué comme ressources : 1° les sommes provenant du pécule des malades décédés ; 2° une subvention à demander au département ; 3° les dons en argent ou en nature, ainsi que les legs qui pourraient être faits à la société à titre de libéralités. Le docteur Riu pense que les conclusions de son rapport seront adoptées.

Lot. — *Asile de Leyme.* (Asile privé faisant fonction d'asile public).

Rien n'est organisé dans le Lot pour le patronage des aliénés.

Lot-et-Garonne. — *Quartier d'hospice d'Agen.*

Pas de société en voie d'organisation. Le Préfet a répondu au Ministre que la création des sociétés de patronage pour la protection des aliénés était, peut-être, moins impérieusement nécessaire dans le Lot-et-Garonne que dans d'autres départements. La population du quartier d'aliénés se compose presqu'exclusivement d'habitants des communes rurales qui, une fois guéris, rentrent dans leur famille et se livrent, de nouveau, aux travaux des champs auxquels ils étaient occupés.

Lozère. — *Asile de Saint-Alban.*

Pas de société de patronage en voie d'organisation. Le docteur Bessière a adressé deux rapports sur cette question.

Maine-et-Loire. — *Asile de Sainte-Gemmes sur Loire.*

Pas de société organisée. Le docteur Pétrucci dans son rapport sur la question, pense que les sociétés de patronage des aliénés devront borner, au début, leur action à la bienfaisance en distribuant des secours en argent et en nature. Elles auront surtout à assister des vieillards, des nécessiteux ou autres incapables qui peuvent être placés chez des fermiers comme le département de la Seine tente de le faire à Dun sur Auron.

Le docteur Pétrucci propose l'organisation d'une société de patronage dans le département de Maine-et-Loire en assurant comme ressources :

1° Une subvention du Conseil général (l'assistance d'aliénés au-dehors devant diminuer le nombre des aliénés entretenus à l'asile) ;

2° L'abandon par l'établissement du montant annuel du pécule des décédés ;

3° La participation de tous les aliénés travailleurs à cette œuvre charitable par la mutualité. Le prix de journée serait augmenté de 0 franc 05 centimes, c'est-à-dire porté à 0 franc 15 centimes au lieu de 10. Cette augmentation serait versée à la caisse de patronage ;

4° L'abandon par le département, au profit du patronage, des sommes recouvrées sur les successions des aliénés indigents ;

5° Les souscriptions privées.

Manche. — *Asile de Pontorson.* (Quartier d'hospice). — *Asiles du Bon Sauveur de Pont-l'Abbé Picauville* et *du Bon Sauveur de Saint-Lo.* (Asiles privés faisant fonction d'asiles publics).

Pas de société de patronage. Le médecin de l'asile de Pont-l'Abbé Picauville a exprimé le sentiment que la mesure proposée par le Ministre paraissait de nature à rendre de très grands services. A l'asile du Bon-Sauveur de Saint-Lo, on ne reçoit qu'un petit nombre de malades du département, cinq à dix par an. Ces malades sont presque tous en état de démence absolue. Le Bon-Sauveur de Saint-Lo a surtout des aliénées de la Seine qui, en cas de guérison, retournent à Paris avec une lettre de recommandation pour la société de patronage créée par Falret.

Marne. — *Asile de Châlons.*

Une société de patronage est en projet, mais on songe à en placer le siège à Reims qui est le centre industriel du département, et pourrait offrir plus de ressources que Châlons.

Haute-Marne. — *Asile de Saint-Dizier.*

La question a été soumise à la commission de surveillance au mois d'octobre 1892. Le docteur Fabre, Directeur-médecin, a exposé que la composition de la population ouvrière du département, tout à la fois agricole et industrielle, constitue un argument puissant en faveur de la création projetée. Il pense qu'il serait facile de composer avec le concours des hommes politiques, des magistrats, ainsi que des grands industriels et des propriétaires riches ou aisés, une société capable de rendre d'importants services aux aliénés indigents sortis guéris ou convalescents de l'asile départemental. La commission, à l'unanimité, émit un avis favorable à la création dans le département de la Haute-Marne d'une société de patronage pour les aliénés sortis par suite de guérison ou d'amélioration.

Rien n'a encore été organisé.

Mayenne. — *Asile de la Roche-Gandon*, à Mayenne.

Il n'existe aucun vestige de patronage des aliénés à leur sortie de l'asile. Le docteur Frièse n'a eu connaissance de la circulaire ministérielle que par le bulletin du Ministère de l'Intérieur.

Meurthe-et-Moselle. — *Asile de Maréville*, près Nancy.

La société fondée en 1848 pour assister, tout à la fois, les aliénés, les sourds-muets, les aveugles et les orphelins, ne rendant aux aliénés guéris que des services insignifiants, une nouvelle société de patronage a été fondée.

SOCIÉTÉ DE PATRONAGE DES ALIÉNÉS DE MEURTHE-ET-MOSELLE

STATUTS

Approuvés par l'assemblée générale des adhérents dans sa séance du 29 octobre 1892.

Titre Ier.

But de la Société.

Art. 1er. — Il est créé à Nancy, une association dite « *Société de patronage pour les aliénés sortant des asiles* ». Cette société, qui a son

siège à la Préfecture, a pour but : 1° de combattre les préjugés relatifs à l'incurabilité et au traitement de l'aliénation mentale ; 2° de venir en aide aux aliénés indigents et nécessiteux de Meurthe-et-Moselle sortis guéris de l'asile de Maréville. Le concours de la société s'étend aux enfants des aliénés et à leur famille.

Titre II.

Composition de la Société.

Art. 2. — La société se compose de membres perpétuels ou fondateurs, de membres titulaires et d'associés correspondants.

Le titre de membre fondateur s'acquiert par la concession d'une rente annuelle de 15 francs ou par le don d'un capital de 250 francs au moins.

Le titre de membre titulaire est acquis à toute personne payant une souscription annuelle de 5 francs.

Les associés correspondants sont ceux qui, sans vouloir s'engager à payer aucune cotisation à la caisse de l'Œuvre, veulent bien protéger et aider directement, du lieu de leur domicile, les aliénés sortis des asiles.

Les membres fondateurs, les membres titulaires et les associés correspondants peuvent être de l'un et de l'autre sexe pourvu qu'ils aient atteint leur majorité.

Titre III.

Administration.

Art. 3. — La direction de la société est confiée à un comité composé de douze membres. Font partie de droit de ce Comité, le Directeur et les deux médecins en chef de l'asile de Maréville. Les neuf autres membres sont élus par l'assemblée générale des membres fondateurs et des membres titulaires. Leur mandat se renouvelle par tiers tous les trois ans ; ils sont indéfiniment rééligibles.

Art. 4. — Le receveur et l'économe de l'asile remplissent, sous l'autorité du Directeur, le premier les fonctions de trésorier, le second les fonctions de garde-magasin de la société.

Art. 5. — Le Comité élit son Président à chaque renouvellement triennal. Il se réunit à la Préfecture périodiquement tous les deux mois, et accidentellement toutes les fois que les besoins l'exigent.

Si à la suite d'une première convocation, le Comité ne se trouve pas en nombre et ne peut par suite délibérer valablement, les affaires

sont reportées à une séance ultérieure, où les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

Art. 6. — Le Comité est chargé de la gestion morale et matérielle de la société, de l'ensemble et des détails de son administration.

Art. 7. — Le président ou un membre du Comité délégué par lui, remplit les fonctions d'ordonnateur, et, à ce titre, signe et délivre tous mandats pour l'acquittement des dépenses.

Art. 8. — Les fonctions de secrétaire du Comité et de la société sont remplies par le chef de division de la Préfecture qui a, dans ses attributions, le service des aliénés indigents. Ses attributions consistent principalement dans la rédaction des procès-verbaux des délibérations du Comité et des assemblées générales. En cas d'absence ou d'empêchement, il adresse au président et avant la séance, le registre des délibérations.

Il signe avec le président du Comité les procès-verbaux de ce Comité et des assemblées générales, ainsi que les extraits à délivrer de tous les procès-verbaux. Il a, en outre, la surveillance des archives, qui sont déposées à la Préfecture.

Titre IV.

Ressources de la Société.

Art. 9. — Les ressources de la société se composent :

1° Des revenus de toute nature provenant des biens et valeurs lui appartenant ;

2° Des cotisations des membres fondateurs et titulaires ;

3° Des subventions allouées par l'Etat, le département ou les communes ;

4° Du produit de loteries, bals, concerts, matinées, etc. ;

5° Des souscriptions, dons et donations manuels faits au profit de l'Œuvre.

Art. 10. — Le trésorier est chargé de la perception des produits et revenus de la société et du paiement des dépenses. Il représente la société en toute circonstance ; mais il ne peut agir qu'en vertu de délibérations spéciales du Comité. Il rend compte de sa gestion chaque année au Comité, lui soumet le projet de budget de l'année suivante et lui fait connaître, tous les deux mois, l'état de la caisse et la situation financière de l'Œuvre. Il tient deux registres ; l'un pour l'inscription des recettes et des dépenses de la société, et l'autre, pour celle des titres et valeurs dont il a la garde.

Art. 11. — Les fonds libres seront placés dans une des caisses

publiques jusqu'à leur emploi définitif. Les excédents de recettes qui ne seront pas nécessaires aux besoins de la société seront placés en fonds d'Etat français, fonds départementaux, communaux ou autres garantis par l'Etat.

TITRE V.

Des secours.

Art. 12. — La société vient en aide aux aliénés convalescents ou guéris par les moyens suivants : 1° secours en argent, en linge, en vêtements, outils, etc. ; 2° dégagement des objets mis au Mont-de-Piété ; 3° payement de loyers ; 4° placement des patronnés dans les ateliers, maisons de commerce, exploitations agricoles, etc. ; 5° Surveillance de l'aliéné guéri dans les places où il est occupé.

Art. 13. — Les secours, proportionnés aux ressources de la société, sont distribués par les soins du Comité. Dans l'intervalle des réunions et en cas d'urgence, le président pourra statuer seul sur les demandes produites, à charge d'en rendre compte au Comité à la plus prochaine séance.

Art. 14. — Le garde-magasin est chargé de l'acquisition et du dépôt des objets en nature destinés aux aliénés sortis. Il en fait la distribution sur autorisations signées du président. Il tient écriture, dans un carnet spécial, des entrées et des sorties de ces objets.

Art. 15. — Les secours moraux sont donnés aux patronnés par tous les membres de la société. Ceux-ci s'informent de l'état moral des patronnés et font connaître les irrégularités de caractère et d'intelligence qui leur ont été signalées, soit au président du Comité, soit au médecin cantonal de la circonscription qui, en cette qualité, fait partie de la société de patronage à titre d'associé correspondant.

TITRE VI.

Dispositions générales.

Art. 16. — Une assemblée générale de tous les membres de la société a lieu au moins une fois chaque année, dans une des salles de la Préfecture. Le comité y expose la situation morale et financière de la société, et rend compte des résultats obtenus. Des exemplaires du compte-rendu sont adressés à la commission de surveillance de l'asile, au Préfet du département et au Ministre de l'Intérieur.

Art. 17. — L'assemblée générale est annoncée au moins huit jours à l'avance, au moyen de lettres de convocation individuelles adressées

à tous les membres de la société et indiquant, avec l'ordre du jour, l'heure et le lieu de la réunion.

Art. 18. — L'assemblée procède, s'il y a lieu, d'après les dispositions de l'article 3, au remplacement des membres du comité décédés ou ayant cessé de remplir leurs fonctions. Dans la même séance, l'assemblée délibère d'ailleurs, quel que soit le nombre des membres présents, sur toutes les matières qui lui sont soumises par le Comité, dans l'intérêt de la société.

Les discussions politiques et religieuses sont rigoureusement interdites tant aux séances du comité qu'à celles de l'assemblée générale.

Art. 19. — Dans le cas où la société cesserait d'exister, son actif deviendrait la propriété de l'asile.

Art. 20. — En cas de modification aux présents statuts, l'association devra demander de nouveau à l'autorité compétente, l'autorisation prévue par l'article 291 du code pénal.

Meuse. — *Asile de Fains*, près Bar-le-Duc.

La question de l'opportunité d'une société de patronage a été soumise à la commission de surveillance dès le 26 mars 1892. D'après le relevé présenté par le docteur Gallopain, directeur-médecin, le nombre des aliénés sortis par guérison ou amélioration et présumés sans soutien et sans ressources ne dépasserait pas le chiffre de onze pendant les dix dernières années. Les conclusions du rapport du docteur Gallopain ont été :

1° Il ne paraît pas nécessaire de créer dans le département de la Meuse une société de patronage pour les aliénés sortis guéris ;

2° Il y a lieu de solliciter le concours de M. l'Inspecteur des enfants assistés pour le placement de certains aliénés ;

3° Un crédit pourrait être demandé au Conseil général pour allocation de secours aux aliénés sortis ;

4° La surveillance des aliénés sortis peut être effectuée d'une façon efficace par le maire de la commune ou le juge de paix.

La commission de surveillance exprima l'avis qu'il n'y avait pas lieu de créer une société de patronage dans le département de la Meuse, mais que même pour le petit nombre d'anciens aliénés indigents sortis sans soutien et sans ressources, il y aurait certaines mesures à prendre, soit en augmentant leur pécule à leur sortie, soit en appelant sur eux l'attention de M. l'Inspecteur des enfants assistés, du maire, du juge de paix, ce dont la commission de surveillance et le directeur se chargeraient très volontiers.

Morbihan. — *Asile de Lesvellec,* près Vannes.

Pas de société de patronage. Il a été répondu au ministre que les aliénés du Morbihan sont tous cultivateurs, et sont repris à leur sortie par leurs familles ou leurs anciens patrons.

Nièvre. — *Asile de la Charité.*

Pas de société de patronage. La commission de surveillance, à qui un projet a été soumis, a émis l'avis qu'une société de ce genre n'aurait pas de chances de succès dans le département.

Nord. — *Asiles d'Armentières et de Bailleul.*

On connaît déjà le règlement de la société de patronage de Bailleul. Au mois de mars 1893, l'avoir de la société était de 9,657 francs. Sur la proposition de M. le docteur Cortyl, et sur l'avis favorable de la commission de surveillance, la totalité du pécule des décédées est versée à l'œuvre du patronage. Les objets de lingerie et de vêture laissés par les décédées, sont également à la disposition de l'œuvre qui peut retenir pour son vestiaire ceux de ces objets qui sont jugés convenables.

A Armentières, il n'y a pas encore de société de patronage organisée. Le docteur Taguet a présenté un rapport qui doit être soumis au Conseil général du Nord, et dans lequel il propose d'alimenter la caisse de patronage :

1° En y versant le pécule des aliénés décédés ;

2° En demandant au département d'abandonner les sommes laissées au compte dépôts pour les aliénés indigents ;

3° En ajoutant comme le proposait Baume à Quimper, le versement par l'asile d'une somme représentant deux dixièmes de la valeur du travail des aliénés ;

4° En demandant une subvention annuelle au département et en demandant également une subvention à l'Etat qui n'entre pour rien dans la dépense des aliénés. Cette dernière subvention pouvant, comme l'a demandé le docteur Bourneville, être prélevée sur les fonds provenant du pari mutuel.

Oise. — *Asile de Clermont.*

La question des sociétés de patronage a été soumise à la commission de surveillance dans sa séance du 1er janvier 1893.

La commission, après avoir entendu le rapport du Directeur, considérant que la situation des aliénés indigents qui sortent de l'asile

est souvent très précaire, a émis l'avis qu'il serait utile de créer une caisse de secours qui leur permettrait de subvenir à leurs premiers besoins. Quant à la création d'une société de patronage, proprement dite, elle ne voit pas de moyen pratique de la constituer et de la faire fonctionner.

Orne. — *Asile d'Alençon.*

Il n'a pas été créé de société de patronage. On a répondu que la plus grande partie des malades appartient à des familles plus ou moins aisées, que presque tous en quittant l'Etablissement rentrent dans leurs foyers où ils ont du travail assuré.

Pas-de-Calais. — *Asile de Saint-Venant.*

Pas de société de patronage. Le docteur G. Cortyl a communiqué la circulaire ministérielle à la commission de surveillance qui s'en est désintéressée. Presque toutes les aliénées guéries sont originaires de petits villages et ont une famille qui s'en occupe.

Puy-de-Dôme. — *Asile de Clermont-Ferrand.* (Asile privé faisant fonction d'asile public).

On a répondu de la Préfecture au Ministre que les éléments d'organisation d'un patronage faisaient défaut. Le docteur Hospital, Médecin en chef de l'asile, fait remarquer de son côté que le département est spécialement agricole ; presque tous les aliénés guéris ont une famille qui vient les chercher ou tout au moins les reçoit ; un pécule est donné aux malades à leur sortie de l'asile.

Basses-Pyrénées. — *Asile de Pau.*

Pas de société de patronage. La question a été soumise à la commission de surveillance. La conclusion de la commission a été qu'une société de patronage n'était pas nécessaire dans le département des Basses-Pyrénées, et pourrait même y présenter des inconvénients. Les motifs invoqués sont : d'une part que le département ne possède aucun grand centre de population ; la plupart des aliénés appartiennent à des communes rurales, et ceux qui se trouvent privés de famille et de soutien forment l'exception : d'autre part, l'assistance à domicile des malades chroniques, qui rendent des services comme travailleurs à l'asile, pourrait enlever à l'Etablissement les meilleurs éléments de son exploitation agricole.

(Cette dernière considération pourra paraître étrange à ceux qui

envisagent la question, avant tout, au point de vue de l'assistance des aliénés, et on peut contester que le département ait intérêt à entretenir des aliénés inoffensifs à l'asile parce que ce sont des travailleurs).

Rhône. — *Asile de Bron.*

Pas de société de patronage organisée.

Sarthe. — *Asile du Mans.*

La Commission de surveillance ne s'est pas jugée suffisamment éclairée par la circulaire ministérielle et a demandé des renseignements complémentaires.

Savoie. — *Asile de Bassens*, près Chambéry.

Pas de société de patronage. L'avis exprimé par le docteur J. Dumaz, directeur-médecin, est que l'assistance des aliénés convalescents devrait être assurée par la loi plutôt que par l'initiative privée.

Seine.

Je me suis longuement étendu sur la société fondée par Falret père et Baillarger et je n'ai pas à y revenir.

En même temps que la question du patronage des aliénés était discutée au conseil supérieur de l'assistance publique, on la mettait à l'ordre du jour de la commission de surveillance des asiles de la Seine, et de nouvelles mesures étaient proposées au Conseil général du département (1). Depuis 1885, les médecins et les directeurs des asiles disposaient déjà dans chaque établissement d'un crédit de 500 francs (legs André), destiné à aider les aliénés sortant.

Sur la demande de la commission de surveillance des asiles d'aliénés, M. le Ministre de l'Intérieur a mis à la disposition des aliénés sortant des établissements un certain nombre de lits de l'annexe construite à côté des Quinze-Vingts, pour les convalescents qui sortent de l'asile de Vincennes. Cette mesure a commencé à être appliquée le 1er octobre 1890, et dans la première année, soixante-cinq hommes ont été reçus à l'annexe de l'asile de Vincennes. La durée du séjour pour cette hospitalisation a été primitivement limitée à trois jours. Un mode de secours analogue a été mis à la disposition des femmes en leur ouvrant le refuge-ouvroir municipal de la rue Fessard. Le bon

(1) Sur la demande de M. Bourneville, M. Pelletier, chef de bureau du service des aliénés à la Préfecture de la Seine, a eu l'obligeance de m'adresser les procès-verbaux de la Commission de surveillance des asiles, et les rapports au Conseil général.

d'admission ne fait pas connaître que la malade admise sort d'une asile d'aliénés.

A partir des premiers jours de mars 1892, les malades admis à l'annexe de l'asile de Vincennes ont été autorisés à rester cinq jours au lieu de trois.

Pendant que ces mesures d'assistance pour les aliénés convalescents recevaient une exécution immédiate, la commission de surveillance des asiles de la Seine examinait un projet de création d'une véritable société de patronage indépendante de celle qui avait été due à l'initiative privée. Un projet de statuts a été déposé par le docteur Bourneville dans la séance du 16 avril 1891. Ce projet a été longuement discuté dans les séances du 8 octobre 1891, 14 janvier 1892, 10 mars 1892, 9 juin 1892, et le projet amendé a été définitivement adopté dans la séance du 30 juin 1892.

Voici le projet adopté par la commission de surveillance à l'unanimité des membres présents :

Titre I[er].

But de la Société.

La société de patronage fondée à Paris, en 1892, a pour but : 1° De venir en aide aux aliénés et épileptiques indigents ou nécessiteux, majeurs ou mineurs, pensionnaires de la Seine, sortis des asiles publics ou des quartiers d'hospice ; 2° De combattre les préjugés relatifs à l'hospitalisation des aliénés, à l'incurabilité et au traitement de l'aliénation mentale.

Le concours de la société s'étend aux enfants des aliénés et au besoin à leurs proches.

Titre II.

Composition de la Société.

Art. 2. — La société se compose de membres perpétuels (ou fondateurs), de membres titulaires, de membres adhérents et de membres auxiliaires.

Le titre de membre perpétuel ou fondateur s'acquiert par le don fait à la société d'un capital de 200 francs au minimum.

Le titre de membre titulaire est acquis à toute personne payant une souscription de 20 francs au moins.

Le titre de membre adhérent appartient aux personnes qui payeront une cotisation de 5 francs.

Le titre de membre auxiliaire appartient aux personnes qui, sans effectuer aucun versement, sont chargées de visiter un certain nombre d'anciens aliénés, de leur porter des encouragements et au besoin des secours.

Titre III.

Administration.

Art. 3. — La direction de la société est confiée à un Conseil d'administration composée de membres de droit et de membres élus.

Les membres de droit sont :

1° Le Préfet de la Seine, le Président du Conseil général de la Seine, le Président du Conseil municipal de Paris, présidents d'honneur de la société ;

2° Le Directeur ou sous-Directeur chargé de la direction des affaires départementales à la préfecture de la Seine ;

3° Le Directeur, le médecin-directeur et les médecins chefs de service de chacun des asiles ou quartiers d'hospice de la Seine.

Les membres élus sont au nombre de trente, savoir :

1° Trois élus par le Conseil général de la Seine ;

2° Trois élus par la commission de surveillance des asiles publics de la Seine ;

3° Vingt-quatre élus par l'assemblée générale annuelle.

Les membres élus du Conseil d'administration sont renouvelables par tiers tous les ans. Le tirage au sort désigne les membres sortants pendant les deux premières années. Après la troisième année, les membres élus sortiront par voie de roulement. Ils peuvent être réélus.

Art. 4. — Le Conseil d'administration choisit dans son sein après chaque renouvellement, un président, deux vice-présidents, deux secrétaires, un trésorier et un comité de direction composé de dix membres. Il se réunit sur la convocation du président, chaque fois que les besoins de la société l'exigent. Il peut, après avis du Comité de direction, accepter des dons et legs, acquérir, vendre ou échanger des immeubles ou des valeurs mobilières, faire des constructions nouvelles, emprunter et hypothéquer, ester en justice, plaider et transiger, sous les conditions prévues par la loi, donner tous désistements et mainlevées, et généralement faire tous les actes de disposition ou d'administration que besoin serait.

Les délibérations relatives aux acceptations des dons et legs, aux

acquisitions, aliénations ou échanges, aux emprunts ou hypothèques devront être soumises à l'approbation du gouvernement.

Art. 5. — Le Comité de direction se réunit tous les mois, et, en outre, toutes les fois que les besoins de la société l'exigent. Il est chargé de la gestion matérielle et morale de la société, de l'ensemble et des détails de son administration. Il prépare les comptes et les budgets de la société et donne son avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le Conseil d'administration. Le Comité de direction peut délibérer à la majorité des voix. La voix du président est prépondérante. Le président du Conseil d'administration (ou en cas d'empêchement un des vice-présidents) est président de droit du Comité de direction. Le secrétaire et le trésorier du Conseil d'administration sont de droit secrétaire et trésorier du Comité de direction.

Art. 6. — Le président, ou un membre du Conseil d'administration délégué par lui, remplit les fonctions d'ordonnateur, et, à ce titre, signe et délivre tous mandats pour l'acquittement des dépenses.

Art. 7. — Les attributions du secrétaire du Conseil d'administration et du Comité de direction consistent principalement dans la rédaction des procès-verbaux des délibérations du Conseil d'administration, du Comité de direction et des assemblées générales.

Il assiste à toutes les séances, et en cas d'empêchement, il adresse au président, et avant la séance, le registre des délibérations.

Il signe avec le Président du Conseil d'administration et du Comité de direction les procès-verbaux de ce Conseil, du Comité et assemblées générales, ainsi que tous extraits à délivrer des procès-verbaux. Il a, en outre, la surveillance des archives qui sont déposées à l'asile clinique (Sainte-Anne).

Art. 8. — Les ressources de la société se composent :

1° Des cotisations des membres des différentes catégories ;

2° Des revenus de toute nature provenant des biens et valeurs lui appartenant ;

3° Des subventions allouées par l'Etat, le département ou les communes ;

4° Du produit des loteries, bals, concerts, matinées, kermesses, ventes de bienfaisance, conférences, etc. ;

5° D'une part dans les bonis réalisés par l'asile ;

6° Des dons et legs dont l'acceptation aura été autorisée par le gouvernement ;

7° Du produit des troncs placés dans l'asile.

Art. 9. — Le trésorier est chargé de la perception des produits et

revenus de la société et du payement des depenses. Il pourra être rétribué.

Il représente la société en toutes circonstances; mais il ne peut agir qu'en vertu des délibérations spéciales du Conseil d'administration.

Il rend compte de sa gestion à la fin de chaque année au Conseil d'administration, lui soumet le budget de l'année et fait connaître tous les mois au Comité de direction l'état de la caisse et la situation financière de la société.

Il vise toutes les pièces de comptabilité; il signe, en vertu d'autorisations spéciales du Conseil d'administration, toutes les ventes, transferts de fonds publics ou autres valeurs mobilières, tous achats, ventes ou échanges d'immeubles, tous baux et marchés et leur résiliation.

Il représente la société dans tout ce qui a rapport aux affaires contentieuses et dans les affaires judiciaires; mais en ce cas, il ne peut agir qu'en vertu d'une délibération du Conseil d'administration.

Il tient deux registres, l'un pour l'inscription des recettes et dépenses de la société, et l'autre pour celles des titres et valeurs, dont il a le dépôt et la garde.

Art. 10. — La comptabilité de la société est tenue conformément aux principes suivis pour les établissements publics de bienfaisance.

Art. 11. — L'année financière commence le 1er janvier et finit le 31 décembre inclusivement.

Art. 12. — Les fonds libres seront placés dans des caisses publiques, jusqu'à leur emploi définitif.

Les excédents de recettes qui ne sont pas nécessaires aux besoins de la société seront placés en valeurs ou en fonds publics français.

Titre IV.

Des secours.

Maison de la rue de Charenton. — Asile ouvroir de la rue Fessart.

Art. 13. — Des secours proportionnés aux ressources de la société sont distribués soit à domicile, soit à la maison annexe des Quinze-Vingts, rue de Charenton, ou au refuge-ouvroir municipal de la rue Fessart, soit en nature ou en argent, par les soins du Comité de direction, aux patronnés, tant hommes que femmes et enfants.

Art. 14. — Le garde-magasin est chargé de l'acquisition et du dépôt des objets en nature destinés aux aliénés sortis.

Il en fait la distribution sur autorisations signées par l'un des membres du Comité de direction et par le membre de la société qui a visité le patronné, ou par le Directeur et le médecin en chef intéressés de l'asile. Il tient écriture sur un carnet spécial des entrées et des sorties de ces objets.

Art. 15. — Aucun secours ne peut être payé sans avoir été autorisé par le Comité de direction à l'exception toutefois de celui qu'il serait urgent de délivrer au moment de la sortie de l'asile de traitement. Dans ce cas le maximum du secours est fixé à 20 francs.

Art. 16. — Les secours moraux sont donnés aux patronnés par tous les membres de la société. Ils s'informent de l'état moral des patronnés et font connaître aux médecins ou au président du Comité de direction les irrégularités de caractère et les troubles de l'intelligence qui leur ont été signalés et distribuent les secours en nature et en argent, lorsqu'ils en sont chargés par le Comité.

Art. 17. — Les fonctions des médecins de la société consistent en des consultations qu'ils donneront ou des visites qu'ils feront à ceux des patronnés et à leurs enfants, appartenant à leur circonscription, qu'ils ont visités eux-mêmes ou qui leur sont signalés. Ces fonctions ne peuvent être rétribuées que par décision spéciale du Comité de direction.

Titre V.

Dispositions générales.

Art. 18. — Une assemblée générale de tous les membres de la société a lieu au moins une fois chaque année. Le Comité de direction y expose la situation morale et financière de la société et rend compte des résultats obtenus. Les exemplaires du compte-rendu sont adressés à M. le Ministre de l'Intérieur, à M. le Préfet, aux conseillers généraux et aux membres de la commission de surveillance.

Art. 19. — L'assemblée générale annuelle est annoncée huit jours au moins à l'avance. Les lettres de convocation, indiquant le jour, l'heure et le lieu de la réunion, ainsi que l'ordre du jour, sont adressées à tous les membres de la société.

Art. 20. — L'assemblée procède, d'après les dispositions de l'article 3, au remplacement des membres du Conseil d'administration décédés ou ayant cessé de remplir leurs fonctions.

Dans la même séance, l'assemblée délibère, d'ailleurs, quel que soit le nombre des membres présents, sur toutes les questions qui lui sont soumises par le Comité de direction dans l'intérêt de la société.

Art. 21. — Dans le cas où la société cesserait d'exister, les immeubles, meubles, capitaux, et autres valeurs lui appartenant deviendraient la propriété du domaine départemental avec affectation spéciale au bien-être des aliénés.

Art. 22. — Nul changement aux présents statuts ne pourra être proposé au Gouvernement que d'après l'avis de l'assemblée générale émis à la majorité des deux tiers des membres présents.

Seine-Inférieure. — *Asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon.*

La commission de surveillance, dans sa séance de novembre 1892, séance présidée extraordinairement par M. Hendlé, préfet du département, après avoir entendu le rapport des directeurs-médecins, et après discussion, a adopté les conclusions suivantes :

1° Il est à désirer qu'une œuvre de patronage soit fondée pour les aliénés sortant sans ressources des asiles ;

2° Une société de patronage peut être constituée dans le département de la Seine-Inférieure ;

3° L'œuvre de patronage serait gérée par les directeurs des asiles, tout ou partie des membres de la commission de surveillance, cinq membres du Conseil général élus par le Conseil général et représentant chacun un arrondissement, le maire du chef-lieu du département, un délégué du Préfet, etc.

Il peut être institué des sous-comités d'arrondissement, notamment au Havre ;

4° On doit demander que l'œuvre soit reconnue d'utilité publique ;

5° Les ressources de l'œuvre seraient :

Le pécule et les vêtements laissés à l'asile par les aliénés décédés ;

Les dons et legs ;

Les subventions demandées au département et au ministère ;

La souscription des membres de la société et, s'il y a lieu, le produit d'une loterie ;

6° La société de patronage fournirait aux aliénés nécessiteux sortant des asiles, des secours en argent et en nature, s'occuperait de leur trouver du travail, correspondrait avec eux, etc ;

7° En attendant la constitution d'une société de patronage et à titre de mesure transitoire, la commission est d'avis qu'il soit organisé immédiatement, une caisse de secours alimentée par le pécule et les vêtements des aliénés décédés. Les secours seront ordonnancés par les directeurs sous le contrôle de la commission de surveillance.

Deux-Sèvres. — *Asile de la Providence à Niort.* (Quartier d'hospice).

Pas de société de patronage. La Commission administrative a répondu au Ministre que l'Etat seul pourrait réaliser le projet dont il est question dans la circulaire, et que l'initative privée ne parviendra jamais à réunir les ressources suffisantes dans les petits centres de province.

Somme. — *Asile de Dury-lès-Amiens.*

Pas de société de patronage. L'asile était ouvert depuis six semaines seulement quand la circulaire ministérielle a été communiquée au Directeur médecin. La réponse faite a été qu'une société de patronage serait d'une grande utilité, mais aucune organisation n'a encore été ébauchée.

Tarn. — *Asile du Bon Sauveur à Alby.* (Asile privé faisant fonction d'asile public).

Pas de société de patronage. La supérieure de l'asile a remis la circulaire du Ministre au Président de la Commission de surveillance et celui-ci a répondu que l'établissement d'une société de patronage à Alby lui semblait fort difficile.

Tarn-et-Garonne. — *Asile de Montauban* (Quartier d'hospice).

La circulaire ministérielle n'a pas été communiquée au médecin en chef de l'asile. Le mouvement de sorties de l'asile est peu considérable. En 1891, le nombre des malades sortis guéris ou améliorés et appartenant au département était de 13 ; ce nombre s'est élevé à 91 en 1892. Tous ces malades ont été remis à un membre de leur famille venu pour les retirer. L'asile de Montauban reçoit des aliénés de la Seine. Quand ceux-ci sont rapatriés, on les adresse à la société de patronage de la Seine.

Var. — *Asile de Pierrefeu.*

Pas de société de patronage. La circulaire du Ministre n'a pas été communiquée au Directeur médecin.

Vaucluse. — *Asile de Mont-de-Vergues.*

Pas de suite donnée à la circulaire ministérielle. Antérieurement, quelques tentatives avaient été faites en vue de constituer une société de patronage et avaient complètement échoué. Je n'ai pas de détails

sur ces tentatives ni sur l'organisation qu'on avait en vue et qui n'a pas abouti.

Vendée. — *Asile de La Roche-sur-Yon.*

Le docteur Cullerre avait proposé, dès 1885 ou 1886, la création d'une société de patronage et adressé un rapport à ce sujet ; mais le Préfet n'a pas jugé à propos de soumettre la question au Conseil général. La circulaire du Ministre n'a été communiquée à l'asile qu'au mois de novembre dernier avec invitation de la soumettre à la commission de surveillance.

La commission, sur le rapport du docteur Cullerre, a émis un avis favorable à la création d'une société de patronage et a ajouté la motion suivante :

« En attendant la constitution définitive d'une société de patronage, » le Conseil général devrait être invité à voter une allocation annuelle » destinée à venir en aide aux aliénés convalescents ou guéris dont » l'indigence serait reconnue. La commission de surveillance, con- » jointement avec le directeur-médecin de l'asile d'aliénés, pourrait » être provisoirement chargée de la distribution de ces secours sous » le contrôle du Préfet et du Conseil général. »

Vienne. — *Asile de Poitiers.* (Quartier d'hospice).

Pas de société de patronage. La réponse faite à la circulaire du Ministre a été qu'il ne paraissait pas nécessaire d'en provoquer la formation eu égard au très petit nombre d'aliénés susceptible d'en bénéficier chaque année.

Haute-Vienne. — *Asile de Limoges.*

Pas de société de patronage en voie d'organisation.

Yonne. — *Asile d'Auxerre.*

Pas de société de patronage. La réponse faite à la circulaire ministérielle a été qu'une telle société serait difficile à établir dans l'Yonne, que les sociétés de charité sont déjà nombreuses et qu'une nouvelle association aurait peu de chances de succès. Le docteur Lapointe, lorsqu'il a lieu de craindre, pour un malade sortant, l'abandon ou le besoin, écrit au Maire de la commune de l'aliéné en demandant qu'on veuille intervenir pour lui procurer du travail et, au besoin, l'assister. Le docteur Lapointe m'a écrit qu'il avait obtenu de bons résultats de ce procédé.

III.

LES SOCIÉTÉS DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS DANS LES PAYS AUTRES QUE LA FRANCE.

La France n'a pas le monopole de l'idée du patronage pour les aliénés sortant des asiles, et a été précédée dans cette voie en Allemagne. D'après une note bibliographique que m'a adressée le docteur Ladame, une société aurait été fondée en 1829, à Nassau, pour les aliénés sortant de l'asile. (1) Cette société aurait donc précédé de douze ans le patronage organisé à la Salpêtrière par Falret père. Dans les vingt dernières années, les Sociétés de patronage pour les aliénés ont pris beaucoup d'extension en Allemagne, en Italie et en Suisse.

Je n'ai pas la prétention de donner ici une étude complète de toutes les Sociétés de patronage dans tous les pays. Je n'en avais ni le temps ni les moyens. J'ai cherché, avant tout, à recueillir des documents qui pussent servir de points de comparaison entre les différentes œuvres d'assistance créées pour aider les convalescents à leur sortie de l'asile d'aliénés.

Un travail analogue a été fait par le docteur Bourneville dans son rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique, mais j'ai cru devoir poursuivre mon enquête de mon côté, sauf à donner une analyse plus rapide des documents déjà publiés par mon confrère.

N'ayant pas des connaissances et des relations universelles, j'ai demandé l'aide d'un certain nombre de confrères qui ont répondu à ma demande de la manière la plus gracieuse. En première ligne se place le docteur Ladame, de Genève, qui s'est chargé entièrement de tout ce qui concernait la Suisse, et m'a adressé pour être annexé à mon rapport, un important mémoire dont chacun pourra apprécier l'intérêt. Le docteur René Semelaigne a pris des informations en Angleterre, et m'a fort gracieusement analysé et transmis les renseignements que lui avait fourni Hack-Tuke. Pour l'Allemagne, j'ai mis à contribution le docteur Jules Dagonet, et par son intermédiaire,

(1) D'après une lettre du docteur Schüle, d'Illenau, cette société est remplacée aujourd'hui par la société d'Eichberg.

j'ai reçu des documents très-intéressants que lui avait transmis le docteur Schüle d'Illenau. Pour l'Italie, je me suis adressé à un certain nombre de confrères italiens, qui ont mis le plus grand empressement à me fournir des renseignements et le docteur Nicoulau, médecin-adjoint à l'asile Saint-Yon, s'est chargé de la traduction des documents italiens. Pour la Belgique, j'ai eu recours aux docteurs Semal et Jul Morel, et pour l'Espagne au docteur Marti Julia, de Barcelone.

Je ne puis que remercier ici d'une manière générale tous ceux qui m'ont fourni leur gracieux concours.

Des œuvres de patronage, pour les aliénés, se rencontrent en Allemagne, en Angleterre, en Autriche-Hongrie, en Belgique, en Italie, en Suisse. Je n'en ai pas trouvé de signalées dans les autres pays de l'Europe. Pour l'Espagne, le docteur Marti Julia m'a répondu qu'il n'y existait pas de sociétés de ce genre. De son côté, le docteur Bourneville dans son rapport signale que, d'après le professeur Stoenberg, le Danemark n'a pas de société de patronage. Le docteur Bourneville n'en a trouvé aucune trace en Russie.

Je passerai en revue, en suivant l'ordre indiqué ci-dessus, les pays où existent les œuvres de patronage.

ALLEMAGNE.

Les documents que j'ai reçus s'appliquent aux sociétés suivantes :

Société de secours pour les aliénés sortant des asiles de Pforzheim et Illenau.

Société de secours d'Eichberg (près Wiesbaden).

Société de secours de Dusseldorf.

Société de secours Brandebourgeoise (asiles d'Eberswalde, Sorau, Landsberg).

Société de secours de Friedrichsberg (Hambourg).

Société de secours du grand duché de Hesse.

En outre, d'après les renseignements fournis par le docteur Schüle, à la date du 28 mars 1893, on a l'intention de fonder des sociétés à Werneck, Kœnigslutter, Bayreuth et Altscherbitz. A Munich, la direction générale dispose d'un fonds de secours annuel de 200 marks (1) pour les aliénés nécessiteux, qui sont également assistés

(1) Le mark a une valeur de 1 franc 25 centimes.

par le Gouvernement royal. A Erlangen, on a un capital de 6,500 marks, dont la rente sert à acheter des outils aux malades sortants, et à leur donner des secours en attendant qu'ils trouvent de l'ouvrage. A Karthaus-Prüll, existe un legs avec les rentes duquel les malades nécessiteux peuvent recevoir un secours de 5 à 30 marks.

M. Bourneville, dans son rapport, signale quelques autres établissements où l'on dispose d'un petit fonds de secours pour les aliénés nécessiteux, à leur sortie de l'asile, mais ce qui est surtout intéressant, c'est d'examiner l'organisation des Sociétés de patronage.

Société de secours pour les aliénés sortant des asiles de Pforzheim et Illenau.

Statuts (1) de la société de secours pour les aliénés sortant des asiles de Pforzheim et Illenau.

1. — Le but de l'association est :

1° De donner des soins moraux et matériels aux malades pauvres et nécessiteux sortant des asiles de Pforzheim et Illenau, pour faciliter leur retour dans la société et les préserver, autant que possible, des rechutes et des maladies graves ;

2° De développer l'assistance publique des aliénés, de combattre les préventions à l'égard des aliénés et des asiles d'aliénés.

2. — Pour atteindre le premier but, l'association assistera les sortants de toutes ses forces, exercera à leur égard une action secourable, surveillera leur placement dans des endroits convenables, leur bon traitement, leur conduite et leur direction, cherchera à leur faire apprendre un métier, surtout à leur rendre possible un gagne pain. Elle les assistera par de l'argent, des outils, comme aussi, si c'est nécessaire, les redressera, leur apportera d'une manière continue des secours médicaux et religieux, vu l'expérience que la dégradation de la santé et les rechutes fréquentes sont déterminées par les chagrins et les soucis avec lesquels les sortants ont à lutter à leur départ de l'asile.

Pour atteindre l'autre but, on aura des instructions populaires sur le principe et les symptômes de la maladie et sur le traitement des troubles intellectuels, pour chercher à instruire la population sur les soins judicieux et humains à apporter à ces malades.

(1) Traduit de l'Allemand.

3. — Sont membres de la société les hommes et les femmes qui déclarent vouloir concourir au but de l'association.

Ces membres s'engagent soit à soigner personnellement les sortants désignés comme pauvres ou nécessiteux, et à les protéger, c'est-à-dire à être leur patron de secours, ou s'engagent à verser régulièrement une cotisation annuelle d'au moins 30 kreutzer, qui sera employée pour les sortants, ou s'engagent à devenir patron de secours et à verser une cotisation en argent.

4. — Au début, les directeurs des asiles désigneront dans chaque district les hommes de confiance qui doivent exécuter les affaires préalables, notamment recruter des membres de l'association.

5. — Quand les hommes de confiance ont trouvé un nombre suffisant de membres dans leur district, il se forme l'association de district qui choisit son président, son caissier et son secrétaire.

6. — Il appartient au président de l'association de district de surveiller l'activité des membres de l'œuvre, de choisir les patrons de secours qui se chargent des obligations citées au paragraphe 2, particulièrement placer et diriger la conduite avec les personnes dont le concours est nécessaire, d'engager de nouveaux membres et de faire recueillir les subventions qui sont perçues chaque année, et jusqu'à nouvel ordre, à la direction de Pforzheim.

7. — Les associations de district forment ensemble une association régionale dont la direction et la conduite générale des affaires se fait provisoirement par les deux Directeurs et médecins des asiles de Pforzheim et Illenau. Plus tard, cette direction doit être transmise à un Comité de 5 membres, renouvelés tous les trois ans; et qui pourra, à volonté, s'accroître de personnes désignées par l'élection générale, et choisies dans les différentes parties du pays.

8. — Les présidents des associations de district élisent trois membres du Comité variablement de Pforzheim et d'Achern, ou encore du voisinage des asiles. Les directeurs des deux asiles sont de droit membres du Comité. Celui-ci choisit dans son sein le président, le trésorier et le secrétaire.

9. — Au Comité appartient le soin spécial d'atteindre le but de l'association.

10. — Le Comité décide en conseil avec le président de l'association de district correspondante sur la nature, la durée, l'étendue de l'assistance à accorder dans chaque cas particulier. L'assistance est fournie soit par le président, soit par le patron de secours.

11. — Aux séances semestrielles du Comité sont invités, en dehors

des médecins et des aumôniers des asiles, trois membres des associations de district les plus voisines.

12. — Lorsqu'un patronné nécessiteux doit sortir ou est sorti, les rapports nécessaires sur la situation et le traitement du patronné sont communiqués au président de l'association de son ressort qui, de son côté, s'entend avec le patron de secours.

13. — A Illenau, les ressources pour les sortants pauvres, en dehors de la caisse déjà existante, sont :

1° La contribution régulière de ses membres ;

2° Les dons volontaires ou les legs des amis de l'association ;

3° Quelques subventions de l'Etat ou des autorités communales ;

4° Les intérêts du fonds de réserve qui a été formé.

14. — Le Comité a à déterminer quelle somme doit être placée chaque année au fonds de réserve et comment celui-ci doit être administré.

15. — Par exception, le Comité peut aussi assister quelques malades d'esprit par des moyens qui, actuellement, n'existent dans aucun asile.

16. — Chaque année, un compte-rendu sera publié par le Comité.

SOCIÉTÉ DE SECOURS D'EICHBERG.

Les statuts de la Société de secours d'Eichberg près de Wiesbaden sont très simples.

Voici ces statuts :

Société de secours d'Eichberg (1) pour les malades sortants.

1. — La Société de secours d'Eichberg pour les malades sortants tend, d'une part, à inciter à un grand intérêt et à de meilleurs sentiments à l'égard des aliénés dans le gouvernement de Wiesbaden, et d'autre part, à se montrer secourable pour eux.

2. — Elle montre son action pratique dans l'offre de secours en argent par ses membres à ses concitoyens pauvres, si ceux-ci sont atteints d'aliénation.

3. — La qualité de membre s'obtient par une cotisation annuelle d'au moins un mark.

4. — D'abord, les aliénés à leur sortie de la maison de santé et l'asile de traitement d'Eichberg à Reimgau reçoivent un don une fois

(1) Traduit de l'Allemand.

donné, pour leur faciliter l'existence par le travail et afin de pourvoir à leur premier entretien.

5. — Si les ressources actuelles de la caisse de la société le permettent, un secours d'argent peut encore une ou plusieurs fois être accordé plus tard à l'une et l'autre de ces personnes.

6. — Dans cette hypothèse comme au paragraphe 5, un même secours est accordé aux parents d'un malade se trouvant encore à l'asile, si la guérison ou la possibilité de la sortie doivent en être accélérée.

7. — La nécessité du secours est établie par le directeur de la maison de santé et de l'asile de traitement d'Eichberg, ou son suppléant et le paiement est effectué par le caissier de l'asile ou son suppléant sur mandat du premier.

8. — La reddition de compte doit chaque année être faite en assemblée générale tenue dans une station voisine de l'asile et l'approbation exige la moitié des membres de la société.

9. — Chaque année un court rapport sur l'exercice écoulé est adressé aux membres par le comité qui se compose du Directeur de l'asile comme président, d'un membre voisin comme vice-président, du second médecin de l'asile comme suppléant, du Receveur de l'asile comme caissier, du Secrétaire, et de l'Econome de l'asile comme suppléant.

10. — En cas de dissolution de la société de secours d'Eichberg, le solde de caisse et le décompte de l'avoir de la société seront remis au bureau de bienfaisance du gouvernement de Wiesbaden par le président et le caissier.

Société de secours pour les aliénés de la province de Dusseldorf.

La société fondée dans le gouvernement de Dusseldorf a de grandes analogies avec celle qui assiste les aliénés sortant des asiles de Pforzheim et d'Illenau. En voici les statuts :

Statuts (1) de la société de secours pour les aliénés du gouvernement de Dusseldorf.

1. — La société de secours pour les malades d'esprit dans le gouvernement de Dusseldorf se propose d'assister les aliénés du gouvernement de Dusseldorf.

(1) Traduit de l'Allemand.

2. — Son but est principalement :

1° De donner des soins moraux et matériels aux malades d'esprit et principalement aux malades pauvres et nécessiteux sortant guéris ou améliorés de l'asile du gouvernement, pour faciliter leur retour dans la société, et les préserver, autant que possible, des rechutes et des maladies graves ;

2° De développer l'assistance publique des aliénés, de lutter contre les préjugés sur l'aliénation et les asiles d'aliénés et aussi de répandre l'instruction sur la question de l'aliénation mentale et le combattre.

3. — Pour atteindre le premier but, la société, dans la mesure de ses moyens, assistera de ses conseils et de son action, les aliénés sortants, guidée par l'expérience que la dégradation de la santé et les rechutes fréquentes sont déterminées par le chagrin et le souci avec lesquels les aliénés sortants ont à lutter à leur départ de l'asile.

Pour atteindre le second but, on organisera des conférences publiques, à la portée de tous, sur les causes et les symptômes de la maladie, pour chercher à instruire la population sur les soins judicieux et humains à apporter à ces malades, et surtout à faire connaître que la possibilité de la guérison s'obtient surtout, quand la maladie est récente, par une prompte admission à l'asile.

4. — Sont membres de la société tous ceux qui, hommes ou femmes, veulent concourir au but de la société, et se font inscrire, soit au Comité, soit par un des hommes de confiance. Chaque membre a à verser à la caisse de la société une cotisation annuelle d'au moins 1 mark.

5. — Les ressources de la société consistent :

1° Dans les cotisations annuelles de ses membres ;

2° Dans les dons volontaires et legs des amis de la société ;

3° Dans quelques subventions régulières ou extraordinaires de l'Etat, des provinces ou des communes et, en outre,

4° Dans les intérêts d'un fond de réserve.

6. — La direction et la conduite générale des affaires de la société est soumise à un Comité qui se compose de l'administration de l'asile provincial de Grafenberg et a, pour président, le Directeur de cet Etablissement. Au Comité appartient spécialement le soin d'atteindre le but prévu au paragraphe 2.

7. — En outre, l'assemblée générale élit un conseil de surveillance de six membres auquel appartient l'examen de la direction générale des affaires de la société et notamment de la caisse et du compte-rendu annuel et qui a à veiller sur les fonds disponibles et à assurer

que le capital soit employé conformément au but. Tous les deux ans, le tiers des membres du Conseil de surveillance est soumis au renouvellement, mais ces membres sont rééligibles.

8. — Le Comité cherche à se procurer en dehors des membres de l'association dans chaque district un ou plusieurs hommes de confiance dont la tâche est :

1° De recevoir la cotisation des membres et la transmettre à la caisse de la société ;

2° D'assister les malades de leur district, sortis de l'asile, en continuant de fournir des renseignements à l'asile, en proposant, s'il y a lieu, au comité de leur accorder un secours éventuel, comme aussi de surveiller d'une manière régulière les secours attendus ;

3° D'avertir du manque d'assistance publique des aliénés à leur connaissance dans le district.

9. — Le Comité décide dans chaque cas sur la nature, la durée, l'importance du secours à accorder et surtout sur l'opportunité de l'accorder au patronné soit directement, soit par l'intermédiaire d'un homme de confiance correspondant.

Le président peut, à la sortie de l'asile, accorder un secours jusqu'à concurrence de 20 marks.

Les secours suivants sont accordés par le comité sur la demande de l'homme de confiance qui répond du besoin du malade appartenant à son district.

A la fin de chaque compte-rendu annuel, le Comité soumet au Conseil de surveillance quelles sommes éventuelles doivent être portées au fonds de réserve, et quel emploi doit en être fait.

10. — Chaque année le Comité publiera un rapport sur l'état de la caisse et l'emploi qui a été fait des ressources.

11. — Tous les deux ans, sous la direction du Président, à l'asile de Grafenberg, ou dans un autre endroit du district paraissant convenable au comité, se tient l'assemblée générale à laquelle tous les membres sont convoqués.

12. — En cas de dissolution de la société, qui ne peut être prononcée que par l'assemblée générale, le fonds de réserve et d'une manière générale tout l'avoir, deviendront la propriété de l'asile provincial d'aliénés de Grafenberg, c'est-à-dire de l'asile provincial d'aliénés du gouvernement de Dusseldorf avec la destination d'en employer les intérêts, aux intentions de la société, pour les malades nécessiteux sortant de l'asile.

Le huitième rapport sur la société de secours du gouvernement de Dusseldorf, publié en 1892, donne le compte-rendu de l'exercice 1891. Quarante-deux personnes ou familles ont été secourues. Le minimum des secours a été de cinq marks, le maximum de trente-six marks. La société comptait sept cent quarante-quatre membres versant une cotisation régulière, dont le minimum est d'un mark. Pendant l'exercice 1891, les recettes se sont élevées à 3,430 marks, 99 pfennigs, et les dépenses n'ont été que de 878 marks 39 pfennigs. Au 1er janvier 1892, l'avoir de la société était :

1° Titres de rente, représentant une valeur de 23,753 marks, et produisant une somme d'intérêts de 954 marks 94 pfennigs ;

2° Argent disponible 4,391 marks 23 pfennigs.

Société de secours Brandebourgeoise pour les aliénés.

La société de patronage de la province de Brandebourg assiste les malades sortant des asiles d'Eberswalde, Sorau, Landsberg. Le siège de la société est à Eberswalde. Les statuts sont publiés dans le rapport du docteur Bourneville et ont de grandes analogies avec ceux de la société de secours de la province de Dusseldorf. D'après le dernier rapport annuel publié en 1892, la société compte 170 membres, et 25 villes sont inscrites, en outre, sur la liste des associés. Au 15 juin 1892, la situation financière était la suivante :

Exercice 1891-1892.

Recettes.

Solde de l'exercice précédent	966 m.	93 pf.
Cotisations des membres	1,616	25
Dons	10	»
Intérêts du capital	920	05
Total des recettes	3,513 m.	23 pf.

Il restait en caisse 1,243 m. 63 pf. et le capital de réserve placé en rentes dont le détail figure au rapport est évalué à 24,254 m. 40 pf.

Société de secours de Friedrichsberg (Hambourg).

Le docteur Bourneville donne dans son rapport, des renseignements assez étendus sur cette société qui a été fondée en 1867 et rend surtout des services aux femmes sortant de l'asile. La société de

Friedrichsberg compte parmi ses membres une forte proportion de dames patronnesses, et le Comité est en partie formé avec les dames.

La situation financière est très prospère. Voici le compte de l'année 1892.

Solde en caisse au 31 décembre 1891...........	203 m.	08 pf.
Cotisation des membres.........................	2,158	»
Intérêts des fonds placés......................	3,206	56
Dons..	1,500	»
Total des recettes..........	7,067 m.	64 pf.
Les dépenses de l'année se sont élevées à........	5,398	»
Et il restait en caisse au 1er janvier 1893.........	1,669 m.	64 pf.

Société de patronage du grand-duché de Hesse.

La caisse de secours pour les aliénés nécessiteux du grand-duché de Hesse a été fondée le 9 mai 1874. Dans une assemblée générale tenue le 25 octobre 1886, sa fusion avec la société de secours de l'hôpital régional fut décidée. En voici les statuts.

Statuts (1) *de la caisse de secours pour le patronage des nécessiteux de l'asile régional du grand-duché et pour l'hôpital régional du grand-duché (Hesse).*

1. — La caisse de secours pour le patronage des nécessiteux de l'asile régional d'aliénés du grand-duché à Heppenheim, et de l'hôpital régional du grand-duché à Hofheim, a pour but de donner ses soins, en première ligne, aux nécessiteux sortis de l'asile, et aussi, à leurs parents nécessiteux dans le cas particulier où les patronnés se trouvent encore à l'asile.

2. — Pour répondre à ce but, on doit employer comme moyen le secours en argent, répandre et généraliser la connaissance exacte de l'aliénation et des asiles d'aliénés, surtout réveiller l'intérêt sur les asiles d'aliénés de la région, pour les utiliser conformément à leur but, diriger l'attention de la population vers le bien des aliénés pour leur obtenir un traitement de douceur.

3. — D'après le présent règlement, les secours en argent, accordés ou renouvelés annuellement à chaque patronné de l'asile ne sont jamais une pension concédée d'une manière définitive.

(1) Traduit de l'Allemand.

4. — La caisse de secours se compose de deux parties. La caisse principale située à l'asile régional d'aliénés ; la caisse secondaire située à l'hôpital régional.

5. — La direction immédiate de la caisse de secours est exercée par l'action commune des fonctionnaires de l'asile régional d'aliénés. Ceux-ci exercent cette charge sous ce titre : *Administration de la caisse de secours pour le patronage des nécessiteux de l'asile régional d'aliénés et de l'hôpital régional du grand-duché.*

6. — Le Directeur de l'asile régional d'aliénés du grand-duché est le président de droit de l'administration. En cas d'absence, le 2e médecin de l'asile, le remplace.

7. — *La surveillance de l'administration est exercée* par l'autorité constituée sur l'asile régional d'aliénés : *La Direction provinciale grand ducale de Starkenbourg à Darmstadt.* Celle-ci est autorisée en tout temps à réviser les comptes de la caisse de secours et chaque redressement vient en augmentation du capital de réserve.

8. — La tenue de la caisse principale appartient au Receveur de l'asile régional d'aliénés grand ducal : celle de la caisse secondaire au Receveur de l'hôpital régional. Le Receveur de l'asile régional d'aliénés a à établir les comptes de toutes les recettes et dépenses aussi bien de la caisse principale que de la caisse secondaire et à tenir les livres correspondants. Les deux Receveurs reçoivent de la caisse de secours une rémunération annuelle.

9. — La caisse principale est alimentée :

(*a*). Par les dons volontaires et les legs et surtout par le produit d'une quête générale revenant chaque année.

(*b*). Par des subventions de l'Etat, des districts, des communes, des caisses d'épargne, etc., représentant le supplément de dépenses occasionnées pour continuer hors de l'asile l'assistance aux malades sortants.

(*c*). Par le capital de réserve formé depuis la fondation de la caisse de secours par l'excédent des recettes à la clôture de l'exercice, et par les intérêts de ce capital.

10. — Le capital de réserve est sous la garde de l'administration, sous la responsabilité spéciale du Directeur et du deuxième médecin de l'asile régional d'aliénés.

11. — Les fonds de la caisse secondaire proviennent des paiements faits par la caisse principale sur une demande particulière faite par écrit.

12. — L'emploi des fonds de la caisse principale pour le but prévu

par le paragraphe premier des statuts, c'est-à-dire pour secourir les patronnés nécessiteux de l'asile régional et pour assister les parents, est laissé d'une manière illimitée à la décision et à l'appréciation de l'administration et le secours est accordé par le vote au scrutin secret. En cas d'égalité, la voix du président donne la majorité.

13. — L'emploi des fonds de la caisse secondaire, en vue de patronner les nécessiteux de l'hôpital régional et leur famille, est de la même façon sous la protection des fonctionnaires de l'hôpital régional du grand-duché, sous la présidence du Directeur de l'hôpital ou de son suppléant, et, de même, en cas d'égalité de suffrages, la voix du président est prépondérante.

14. — Les délibérations mentionnées dans les cas prévus aux paragraphes 12 et 13 sont mises à exécution par des *hommes de confiance* résidant au domicile ou près du domicile du patronné à assister et en relations personnelles avec lui. Par conséquent, chaque caisse est en relation directe avec les hommes de confiance.

15. — L'administration choisit et instruit les hommes de confiance et les met à même de porter la conviction dans le district. Les mutations dans le personnel des hommes de confiance sont du service du président de l'administration qui les porte à la connaissance du Directeur de l'hôpital régional du grand-duché.

16. — *L'assemblée générale des hommes de confiance est fixée* tous les trois ans et en règle générale, au mois d'octobre.

17. — Dans l'assemblée générale les dits hommes de confiance choisissent pour la période qui s'écoulera jusqu'à la prochaine assemblée générale, dans le nombre des hommes de confiance présents ou excusés, actifs ou inactifs (plutôt actifs), *neuf délégués.*

18. — Si durant cette période de trois ans un des délégués manque, le président de l'administration a le droit de désigner un homme expérimenté en dehors du cadre des hommes de confiance. Le même droit appartient au président dans le cas d'empêchement pour un délégué.

19. — Chaque année, et de règle générale, au mois de mai, les neuf délégués s'assemblent à l'asile régional d'aliénés du grand-duché, en Conseil général avec l'administration de la caisse. En outre, prennent part à cette assemblée, comme membres désignés : l'aumônier évangélique et l'aumônier catholique de l'asile régional d'aliénés, le Directeur et le Receveur ainsi que les aumôniers évangélique et catholique de l'hôpital régional, et enfin les hommes de confiance des trois principales villes provinciales de la région. Les neuf

délégués désignés, les membres de l'administration § 5 et les membres qui viennent d'être ajoutés forment ensemble : *le Comité de la caisse de secours.*

20. — Le président convoque le Comité au moins quatre semaines avant le jour et l'heure de la réunion de l'assemblée du Comité, et adresse l'ordre du jour avec la convocation. Les frais de déplacement sont payés par la caisse centrale aux membres étrangers.

21. — Les délibérations du Comité s'appliquent à tout ce que l'expérience indique pour concourir au but général de la caisse de secours, soit qu'on poursuive ce qui est engagé dans cette voie, soit en vue d'amélioration à apporter, et ont aussi pour objet les propositions à faire à l'assemblée générale. La discussion s'engage sur un rapport exposant l'état des affaires, et présenté par le président au nom de l'administration, puis on soumet à la discussion, dans le compte-rendu annuel, les frais d'administration de la caisse principale et de la caisse secondaire et les prévisions de dépenses. Les membres présents du Comité ont le droit d'examiner comment les affaires sont conduites par l'administration, et leurs observations sont inscrites au livre des procès-verbaux. Principalement on apure les comptes de la caisse principale et de la caisse secondaire pour les secours accordés dans l'exercice écoulé ; on émet un avis sur les principes d'après lesquels les secours sont concédés et à concéder en général et en particulier, comme aussi sur la suite donnée aux vœux de l'assemblée. Enfin les membres du Comité sont invités après la réunion à faire une visite à l'asile.

22. — Les résolutions du comité sont en général prises au scrutin. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante. Les vœux et les résolutions prises sont par un procès-verbal portés à la connaissance de la prochaine assemblée générale qui les rejette ou les adopte et les rend exécutoires. Le procès-verbal est transmis ensuite à la Direction provinciale de Starkenbourg.

23. — Les résolutions d'une gravité et d'une urgence particulière et prises à ce point de vue à la majorité d'au moins les deux tiers des membres du comité sont approuvées par la Direction provinciale de Starkenbourg et peuvent alors, pour l'ordre de cette autorité, être provisoirement exécutées jusqu'à la réunion de la prochaine assemblée générale qui statue. De même l'intervention préalable de la Direction provinciale de Starkenbourg se produit, si une divergence d'opinion survient entre les neuf délégués des hommes de confiance d'une part et l'administration d'autre part.

24. — Le jour, le lieu et l'ordre du jour de l'assemblée générale des hommes de confiance sont fixés dans la précédente séance annuelle du comité. Le président doit convoquer l'assemblée générale et faire connaître, en même temps, l'ordre du jour. En tête de l'ordre du jour est le rapport que le président du comité et l'administrateur de la caisse doivent établir sur la conduite de l'œuvre et l'état présent de toutes les affaires. Ce rapport soumet à chaque membre de l'assemblée générale la convenance des recettes courantes. Sont convoqués à l'assemblée générale les hommes de confiance actifs ou inactifs, tous ensemble aussi bien que les membres du comité qui ne remplissent pas cette fonction comme hommes de confiance. Les frais de déplacement sont attribués sur la caisse à tous les membres de l'assemblée générale.

25. — Le président du Comité préside l'assemblée générale et choisit le bureau. Les décisions et les vœux de l'assemblée générale sont émis, sauf les exceptions prévues au paragraphe suivant, au scrutin secret. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante. Chaque homme de confiance actif ou inactif compte pour une voix. La suppléance d'homme de confiance qui n'est pas présent n'est pas admise. Le procès-verbal de l'assemblée générale est transmis par le président à la direction provinciale de Starkenbourg.

26. — Les décisions de l'assemblée générale concernant une modification, un accroissement ou suppression de statuts ou touchant le capital de réserve, sont prises à la majorité d'au moins les trois quarts des voix. L'apurement de la caisse ne peut être arrêté que si la moitié au moins des hommes de confiance actifs est présente et si les trois quarts des présents adhèrent à cette proposition. Si l'assemblée n'est pas en nombre, on procède à une nouvelle convocation pour une seconde assemblée générale, et le plus ou moins grand nombre des membres présents n'est plus pris en considération. Mais, là encore, il faut une majorité des trois quarts des voix. Si on ne juge pas qu'il y ait urgence, on ne procède pas immédiatement à la convocation d'une seconde assemblée générale, et les questions à résoudre sont reportées à la prochaine assemblée générale ordinaire.

27. — La direction provinciale de Starkenbourg est avertie, en temps utile, par le président, de toutes les questions mises à l'ordre du jour, de la convocation de la réunion annuelle du comité, aussi bien que de l'assemblée générale, et peut assister à toutes ces réunions.

28. — Tous les ans, au mois de mai, et au moins 14 jours avant la réunion du Comité, l'administration publie un compte-rendu imprimé

du précédent exercice contenant les recettes effectuées, avec la liste nominative de chaque donateur, un aperçu sommaire des dépenses, le dénombrement spécifié de la population, et enfin un court relevé des principaux documents officiels et instructions pratiques pour utiliser d'une manière juste et conforme au but l'asile régional d'aliénés et l'hôpital régional du grand-duché. L'état de la population est signé par la direction provinciale de Starkenbourg.

29. — Dans l'année où se trouve fixée l'assemblée générale des hommes de confiance, l'extrait, prévu par le paragraphe 28, pour répondre aux tendances qu'on a fait ressortir au paragraphe 2 des statuts de la caisse de secours, donnera un traité intelligible pour chacun, sur les points principaux du traitement des aliénés et les soins pratiques à leur donner. Cet objet spécial sera établi l'année précédente par le comité.

30. — En cas de dissolution de la caisse de secours, le capital de réserve est attribué pour les trois quarts à l'asile régional d'aliénés du grand-duché, et pour un quart à l'hôpital régional du grand-duché, et alors ces fonds doivent être employés proportionnellement sous la surveillance de l'autorité supérieure des deux établissements par les fonctionnaires de ces établissements suivant les vues des présents statuts.

31. — Ces statuts et les additions qui pourraient y être faites plus tard devront être rendus publics.

D'après le compte-rendu publié du dernier exercice (du 1er avril 1891 au 31 mars 1892), les recettes de cet exercice se sont élevées, y compris le solde en caisse de l'année précédente (1,503 m. 14 pf) à 21,792 m. 03 pf. Les dépenses ayant été de 17,054 m. 80, le solde en caisse au 1er avril 1892 était de 4,737 m. 23 pf.

Le capital de réserve placé en valeurs diverses est évalué à 41,387 m. 02 pf. ce qui portait le total de l'actif, au premier avril 1892, à 46,124 m. 25 pf.

Pendant l'exercice 1891-1892, les souscriptions particulières recueillies par les hommes de confiance et provenant de 20,587 personnes, ont produit une somme de 10,639 m. 53 pf. (le grand-duché de Hesse compte 956,631 habitants). Les hommes de confiance dont il est question paraissent choisis sans esprit de parti, mais sont recrutés en majorité parmi les bourgmestres, les instituteurs et les ministres du culte. Dans la lettre que j'ai citée précédemment, le docteur Schüle dit qu'à sa connaissance la société de patronage Hessoise est la mieux organisée de l'Allemagne.

ANGLETERRE. (1)

L'assistance des aliénés à leur sortie des asiles est de date récente et n'a été encore réellement organisée que pour les femmes.

Dans le numéro d'avril 1871, *du Journal of mental science*, le Rev. H. Hawkins, chapelain de l'asile de Middlessex, Colney Hatch, publia un article intitulé : *Plaidoyer en faveur de l'adjonction, aux asiles, de maisons de convalescence pour les aliénés indigents.*

En 1879, le Rev. H. Hawkins publia un nouvel article intitulé : *After care.*

Le 5 juin 1879, se tint, chez le docteur Bucknill, Wimpole street, à Londres, une réunion qui fut l'origine de la société fondée sous ce nom d'After-Care. Parmi les personnes présentes à cette réunion chez le Docteur Bucknill, étaient les Docteurs Lockart, Robertson, et Hack-Tuke, qui a toujours été fermement convaincu de l'utilité de l'œuvre et son ferme défenseur. La réunion se forma en société ayant pour but « de faciliter la rentrée, dans la vie sociale et domestique, des aliénées convalescentes à leur sortie des asiles. » Le Docteur Bucknill, en fut le président pour la première année et le Rev. H. Hawkins fut nommé secrétaire honoraire. La société poursuivit son organisation en se mettant sous le patronage de personnages influents, et en nommant un conseil (dont fait partie Hack-Tuke) et dont un certain nombre de dames sont membres.

Le titre de la société est :

After Care Association, pour les aliénées convalescentes pauvres et sans soutien à leur sortie des asiles.

La société comprend des membres, des membres associés, des membres annuels, des membres honoraires.

Est membre de la société toute personne versant annuellement 5 schellings au minimum (6 francs 30) ou 2 livres 10 schellings, une fois pour toutes (63 francs). Le même privilège est accordé aux personnes qui parviennent à réunir pour l'œuvre une somme de 10 livres au minimum (252 francs.)

Sont membres associés toutes les dames qui souscrivent au minimum deux schellings, six deniers, par an, et exercent un devoir quelconque au profit de l'association (par exemple pour procurer du travail aux convalescentes.)

Est membre annuel, toute personne qui, au cours de l'année, peut

(1) Renseignements fournis par le docteur René Semelaigne.

réunir pour la société une somme de une livre et un schelling, au minimum (26 francs 46).

Les membres honoraires sont élus par le Conseil sauf approbation de la réunion annuelle de la société.

Le but de la société est de faciliter la rentrée dans la vie sociale, des aliénées convalescentes, indigentes et sans soutien, à la sortie des asiles. A la réunion annuelle tenue le 20 juin 1892, on a proposé de créer un fonds spécial en faveur des aliénés, hommes, mais ce n'est encore qu'un projet.

La société secourt les convalescentes de la façon suivante :

1° En leur procurant, si c'est nécessaire, un changement momentané d'air et d'habitation.

Soit par le placement dans une maison de convalescence,

Soit par le *boarding out,* à la campagne, avec surveillance et soins appropriés ;

2° En leur distribuant de l'argent et des vêtements ;

3° En leur procurant une place.

Ce rôle est rempli par les membres associés qui, outre le versement de leur cotisation doivent rendre des services pratiques, sont des membres actifs d'où leur nom de *Working members,* et qui sont chargés de :

Trouver des maisons convenables pour y établir les convalescentes et les visiter,

Leur trouver du travail,

Leur procurer des sorties, des congés, etc.

Le 1er juin 1892 a eu lieu une réunion spéciale de la société à l'asile de Colney Hatch. Le docteur Hack -Tuke présidait et il a émis le vœu que les superintendants des asiles et les *guardians of the poor* fussent en communication suivie avec la société pour lui faire connaître les personnes qu'elle pourrait aider ou placer. Autrement, les besoins des convalescents ne peuvent être connus de la société.

Sur la proposition du docteur Seward, superintendant de Colney Hatch, l'assemblée a voté la formation de sous-comités locaux pour augmenter l'efficacité de l'œuvre. Un sous-comité sera organisé à Colney Hatch.

La réunion générale annuelle a eu lieu le 20 juin 1892 chez le docteur Rayner qui présida.

Du 13 juin 1891 au 20 juin 1892, les souscriptions et dons se sont élevés à 241 livres, 5 schellings, 4 deniers (6,079 fr. 92). On a recueilli, pour former un fonds spécial dans le but d'acquérir une

maison, 46 livres 10 sh. (1,171 fr. 80). Durant l'année écoulée, le comité a eu à s'occuper de 73 cas, juste comme l'année précédente. Le comité répète que ce qui manque maintenant, et est d'une nécessité pour ainsi dire vitale en vue du succès ultérieur de l'œuvre, c'est la coopération et l'assistance des médecins superintendants des divers asiles. Il est à espérer qu'ils voudront bien entrer dans la société.

Le boarding out des convalescentes dans des *cottage Homes* à la campagne a été continué avec succès. Dans tous les cas, le soin des convalescentes ainsi placées est confié à une dame du voisinage, et toutes les maisons sont, avant de recevoir les malades, inspectées par le secrétaire qui les visite ensuite à de courts intervalles.

Le Comité juge utile à l'association d'acquérir un petit *cottage Home*, où l'on recevrait des convalescentes. Tout en continuant le système du *boarding out*, la société posséderait ainsi une maison à elle. On n'a pas encore trouvé ce qu'on désire à ce point de vue.

Le Comité a décidé de changer le titre de la société en supprimant « and friendless » (ou abandonnées). Il a aussi résolu d'arrêter l'année financière en décembre au lieu de juin. Le prochain rapport ne sera donc présenté qu'en janvier 1894.

On a réclamé l'ouverture d'un compte spécial pour *l'After care* des hommes, à leur sortie des asiles. Ce sera une question à débattre.

Le Comité a encore décidé la nomination de secrétaires de district. Ces secrétaires seront chargés de :

1° Tâcher de faire connaître dans le district l'œuvre et ses besoins ;

2° Tâcher d'intéresser à l'œuvre tous les *Poor Law Guardians* et les dames visiteuses des *Workhouses* ;

3° Organiser, si c'est possible, une réunion annuelle dans le district ;

4° Faire augmenter chaque année le nombre des souscripteurs annuels, des associés et des donateurs ;

5° Remettre au bureau de Londres, le premier de chaque mois, au plus tard, les sommes réunies ;

6° Organiser, si c'est possible, des concerts, bazars, ventes, etc. ;

7° Visiter les convalescentes placées par la société dans le district, et envoyer au secrétaire de la société un rapport mensuel ;

8° Trouver et proposer des secrétaires de district pous les districts voisins qui n'en auraient pas encore ;

9° Surveiller la publication dans les feuilles locales de notes relatives à l'œuvre et aux réunions ;

10° Rechercher les personnes qui désireraient se charger pour

quelques semaines de convalescentes moyennant le paiement de 8 sh. à 10 sh. 6 d. par semaine.

— *Recommandations pour les malades « boarded out. »*

1° Il est désirable que chaque convalescente soit visitée une fois par semaine par une dame visiteuse ;

2° Que chaque convalescente ait un lit séparé ;

3° Que les dames visiteuses soient persuadées de l'importance d'éviter l'encombrement dans les chambres à coucher ;

4° Que toute convalescente, lorsque les circonstances le permettent, puisse faire une promenade quotidienne ;

5° Que les convalescentes fassent elles-mêmes leur lit, nettoient leur chambre, etc. ;

6° Qu'on les engage à se rendre à un service le dimanche ;

7° Que tous les paiements soient, autant que possible, effectués par le Comité par l'intermédiaire d'une dame visiteuse ;

8° Qu'un court rapport soit adressé, chaque mois, au secrétaire par les dames visiteuses sur les progrès accomplis, plus souvent en cas de besoin ;

9° Qu'on dissuade de l'emploi de la bière, du vin et des alcools, hormis le cas de prescription médicale. Toute personne convaincue de fréquenter les *public houses* sera renvoyée.

Je n'insisterai pas davantage sur l'After care association. Le texte des statuts a été publié dans le rapport du docteur Bourneville.

Il n'existe pas en Angleterre d'autre société analogue. Toutefois, il s'est formé en 1871 une association religieuse sous le titre de *Church Guild of Friends, of the Infirm in mind.* A la tête de cette association se trouvent un certain nombre d'évêques et pour en faire partie, on doit professer la foi Anglicane. Le principal but de cette association est, d'abord, de prier pour les aliénés, de les visiter, de leur fournir des revues, des livres, du papier, des timbres, des fleurs, des almanachs ; de plus, d'aider les aliénés convalescents qui, à leur sortie de l'asile, nécessitent des soins ou recherchent un emploi.

En Ecosse, il n'y a pas de société de patronage. Les seuls asiles où, d'après les renseignements fournis par le docteur Urquhart, on ait fait quelque chose dans ce sens, sont le *Royal Edimburg Azylum,* et le *Royal Dumfries Institution.*

Le docteur Clouston, superintendant de l'asile de Worningside, ou Royal Edimburg Azylum possède un fonds privé avec lequel il donne de petites sommes ne dépassant pas une livre (25 fr. 20) aux aliénés indigents qui risqueraient de se trouver absolument sans ressources

à leur sortie. Le docteur Rutherford agit de la même manière à l'asile de Dumfries.

AUTRICHE-HONGRIE.

Je ne connais l'organisation des Sociétés de patronage pour les aliénés en Autriche-Hongrie que par le rapport du docteur Bourneville.

D'après ce rapport, il existe pour l'Autriche-Hongrie tout entière une œuvre qui aide les aliénés sortis des asiles. Cette assistance se fait soit à l'aide de subventions officielles, soit au moyen d'œuvres relevant de chacun des asiles ou de chacun des départements du royaume.

Il existe une société d'assistance des aliénés sortis guéris pour les quatre asiles de la Basse-Autriche. Cette société a été fondée vers 1856, et a distribué en 1889 une somme de 16,929 fr.

La Société de patronage pour les aliénés guéris de Gratz a été approuvée par décret du 1er juillet 1885. Le docteur Bourneville en a donné les statuts et le règlement.

BELGIQUE.

Une seule fondation existe en Belgique pour le patronage des aliénés, c'est le legs Guislain, à Gand. Par testament, ouvert après sa mort, Guislain avait institué un capital de cinquante mille francs pour que les revenus en soient affectés aux aliénés sortants de l'asile. Guislain est mort le 1er avril 1860 et, depuis cette époque, personne n'a plus donné pour cette œuvre un capital quelconque. Il y eut, d'abord, un Comité de patronage pour disposer du revenu du legs Guislain, et la ville de Gand ajoutait un subside de six cents francs. Le Comité a remis la gestion du revenu du legs Guislain entre les mains des hospices de Gand, après avoir eu, au préalable, renoncé au subside de la ville (1).

Voici, maintenant, les renseignements que m'a donnés personnellement le docteur Jul Morel.

« A Gand, à l'hospice Guislain, on a rarement besoin du Comité
» de patronage, et voici pourquoi : « 1° Nous avons des ateliers qui
» permettent aux aliénés convalescents de travailler et de gagner de
» l'argent ;

» 2° Les aliénés qui ne connaissent aucun métier sont occupés à la

(1) Renseignements du docteur Vermeulen, transmis par le docteur Jul Morel.

» ferme et aux travaux domestiques, d'où nouvelles sources » d'économie. Nous avons même plusieurs malades qui envoient » périodiquement une certaine somme à leur famille. Le Directeur » même se charge, si la famille ou l'aliéné le désire, d'acheter des » vivres, et de les leur procurer avec une réduction de 20 à 25 %.

» 3° Nos aliénés convalescents, s'ils ont été dans l'impossibilité de » faire des économies suffisantes, reçoivent très souvent un sup- » plément de la poche du Directeur, soit en argent, soit en » habillements.

» 4° L'aliéné, convalescent ou non, peut se procurer des habil- » lements de fantaisie au prix de la matière première. Ces » habillements sont confectionnés à l'asile. A fortiori, les habil- » lements nécessaires à celui qui quitte l'asile sont livrés aux mêmes.

» 5° Si l'aliéné le désire, il peut se procurer un livret à la caisse » d'épargne. Son argent lui rapporte alors 3 %.

» 6° Nous faisons en faveur de nos aliénés qui vont nous quitter, » des démarches particulières pour leur procurer du travail en cas » de besoin.

» Plus même, parfois un mois à l'avance, je leur permets de sortir » 3, 4, 5 heures par jour, pour s'habituer progressivement à leur » nouvelle vie, pour montrer au public qu'ils ont notre confiance, et » pour lui prouver que nous tenons à ce qu'ils rentrent au plus tôt » dans leur famille.

» 7° Une société particulière facilite le mariage des fils ou filles de » nos colloqués, et leur procure un certain ameublement. »

Il résulte de ces renseignements qu'en somme, c'est presque uniquement à l'asile et par l'asile que se fait à Gand l'assistance des aliénés convalescents, et le legs de Guislain ne paraît utilisé que pour une faible partie, en faveur des aliénés sortant de l'asile.

De son côté, le docteur Semal m'a écrit qu'il avait eu plusieurs fois la pensée de créer un comité pour l'asile de Mons, et qu'il comptait pouvoir cette année réaliser ce projet.

En résumé, on n'a pas, en Belgique, comme dans d'autres pays, des associations organisées pour le patronage des aliénés sortant guéris ou améliorés des asiles, et Guislain qui avait légué un capital pour entrer dans cette voie est resté sans imitateur.

ITALIE.

Les Sociétés de patronage pour les aliénés sont entrées dans la pratique en Italie, et elles sont appelées à avoir dans la suite une ex-

tension de plus en plus grande, car elles sont prévues dans la nouvelle loi qui est soumise au Parlement.

J'exposerai la situation actuelle d'après les renseignements que les confrères d'Italie auxquels je me suis adressé, m'ont très gracieusement envoyés.

Société de patronage de Milan.

Le docteur Edoardo Gonzalès, directeur de l'asile des aliénés de la Province de Milan, à Mombello, m'a transmis comme documents le programme que le Comité adressa au public de Milan pour organiser la société, les statuts, et le dernier compte-rendu, donnant la situation financière au 21 mai 1892.

La société a été instituée en 1871, par l'initiative des médecins aliénistes de Milan et sous l'impulsion du professeur André Verga.

D'après le témoignage du docteur Gonzalès, la société fonctionne régulièrement, donnant tous les subsides que le directeur de l'asile propose pour les malheureux sortant guéris ou améliorés, et beaucoup de sorties seraient dues grâce au concours de la société.

L'actif de l'œuvre au 21 mai 1892 était évalué à 260,655 fr. 19.

Dans cette évaluation est comprise une maison isolée avec jardin, destinée à recevoir les convalescents sans abri, et estimée 105,910 fr. 32. Le reste de l'actif se compose presque entièrement de valeurs mobilières dont une rente nominative produisant 7,150 fr. d'intérêts et figurant pour une valeur de 142,517 fr. 60.

Voici les statuts de la société et son règlement intérieur. (1)

Statuts de la Société de patronage pour les aliénés pauvres de la province de Milan sortant de l'asile.

(Approuvés en Assemblée générale du 22 juillet 1876)

Art. 1er. — Il est fondé pour la province de Milan, avec siège dans cette ville, une *Société de patronage* en faveur des malheureux, convalescents ou guéris d'affections mentales. Elle est déclarée d'utilité publique par décret royal du 11 mai 1876, et régie par la loi du 3 août sur les œuvres charitables et le règlement y relatif du 27 novembre de la même année.

Art. 2. — Le but de cette institution est de secourir, par des moyens moraux et matériels, les fous indigents de la province, qui, améliorés

(1) Traduit de l'italien par le docteur Nicoulau.

ou guéris, devraient quitter les asiles provinciaux ou les salles spéciales du grand Hôpital, et qui ne le peuvent, par suite de leur misère et de leur abandon, en l'absence de tout travail capable d'assurer leur entretien.

Art. 3. — Une commission de douze personnes résidant à Milan a la direction et l'administration de cette société. De cette commission font partie au moins six médecins aliénistes ; en sont toujours considérés comme membres de droit, le Directeur des asiles provinciaux et le préposé aux quartiers spéciaux du grand Hôpital.

Elle nomme dans son sein un président, un vice-président et un secrétaire. En outre, elle choisit, en dehors d'elle, un trésorier qui dépose un cautionnement sous les espèces et selon le montant fixés par la commission elle-même.

Art. 4. — La commission pourvoit dans les formes qu'elle juge les meilleures, tant à l'administration du capital de la société, qu'à la distribution des intérêts produits, en conformité de l'article 2.

Art. 5. — Tous les secours sont décidés sur l'avis unanime du président, du trésorier et d'un autre commissaire ; ils ne sauraient l'être sans un certificat (conservé aux archives) du médecin directeur des asiles provinciaux ou du médecin aliéniste du grand Hôpital, attestant la nécessité des dits subsides.

Art. 6. — Toutes les sommes recueillies par voies ordinaires ou extraordinaires constituent un capital de rapport inaliénable. Le Trésorier délivre quittance de toute somme et de tout don et veille à ce que les noms des souscripteurs et des donateurs figurent dans les journaux de la ville.

Art. 7. — Sont dits : *protecteurs* de la société, ceux qui versent 5 francs pendant trois années ; *protecteurs perpétuels,* ceux qui versent 100 francs en une seule fois ; et *bienfaiteurs,* les autres, qui donnent un objet quelconque, surtout en vêtements ou linge ; qui rendent, en des circonstances extraordinaires, des services gratuits ; qui abandonnent à la société l'usage de salles ou de théâtres ou encore le produit de représentations publiques, etc. etc. Chacun peut devenir, en même temps, protecteur et bienfaiteur et, de la sorte, mériter doublement de la société.

Art. 8. — La commission réunit, au moins une fois par an, le 15 mai (en mémoire du jour où fut fondée la société) les protecteurs et bienfaiteurs des deux sexes et leur fait, sur l'état de l'Institution, des sommes recueillies et dépensées, des dons reçus, etc., un rapport circonstancié qui sera rendu public et distribué aux personnes faisant

partie de l'œuvre. La réunion est valable pourvu que trois membres au moins de la présidence de la commission s'y trouvent présents. Les sociétaires peuvent s'y faire représenter par un *collègue* nanti d'une délégation écrite. Si le délégué est un protecteur, il peut exercer, outre le sien propre, le droit délibératif que, d'après l'article 11, aurait eu le mandant, s'il avait assisté personnellement à la réunion.

Art. 9. — Dans cette assemblée s'élisent ou réélisent les membres de la commission. Le renouvellement s'en fait par tiers, selon les règles établies par la loi précitée sur les Œuvres charitables.

Art. 10. — Toutes les charges sociales sont gratuites excepté celle du trésorier.

Art. 11. — Tous les protecteurs et bienfaiteurs de l'un et l'autre sexe ont le droit d'intervenir dans les assemblées générales et de prendre part aux discussions; seuls, les protecteurs ont voix délibérative et peuvent être portés aux fonctions, lorsqu'ils obtiennent la majorité relative des suffrages.

Art. 12. — Toute proposition écrite, adressée au président par dix membres protecteurs en vue de la modification des statuts ou pour un autre motif, sera de droit prise en considération.

(Approuvé par Décret royal du 31 décembre 1876).

Règlement intérieur de la Commission. (Art. 3 des Statuts).

PRÉSIDENCE.

Art. 1er. — Le président établit les points qui doivent être discutés dans les réunions de la commission, provoque ces réunions, les préside et en signe les délibérations.

Art. 2. — Le président convoque de même l'assemblée générale (art. 8 des statuts) après avoir établi, d'accord avec la commission, l'ordre du jour de cette assemblée.

L'assemblée générale est, comme les réunions de la commission, règlementée par les articles 3, 4, 5 et 6.

Art. 3. — Pour que les réunions de la commission soient valables, trois de ses membres au moins doivent être présents parmi lesquels le président, un vice-président ou le secrétaire.

Art. 4. — Les délibérations sont prises à la majorité des voix; celle du président est prépondérante en cas d'égalité.

Art. 5. — Les deux vice-présidents, par rang d'âge, suppléent le président, en cas d'absence ou d'empêchement.

Secrétaire.

Art. 6. — Le secrétaire signe, en même temps que le président, les délibérations de la commission, — rédige les procès-verbaux des séances, aussi bien des assemblées générales que de la commission, — expédie les lettres de convocation, rassemble les pièces officielles, tient la correspondance sous la surveillance du président, fait insérer dans les feuilles publiques, avec les noms des souscripteurs et des donateurs, les nouvelles intéressant l'institution, et conserve les actes de la commission.

Trésorier.

Art. 7. — Le Trésorier donne caution par un titre nominatif de la Dette publique, rapportant 50 francs de rente et dûment apostillé d'une mention spéciale.

Art. 8. — Il tient les livres, recueille les revenus et les dons, et en délivre quittance régulière.

Art. 9. — Les sommes recueillies par lui de côté et d'autre seront, par ses soins, déposées en compte courant à la Banque populaire de Milan ou dans telle autre institution de crédit que désignera la commission.

Art. 10. — Les dépenses de la société seront payées par le Trésorier, sur mandat signé du Président et du Secrétaire.

Art. 11. — A la fin de l'année, le Trésorier rend compte à la commission de l'état financier de l'Œuvre, en même temps que des sommes disponibles pour l'année suivante.

Art. 12. — Le Trésorier conserve toutes les pièces relatives aux finances.

Art. 13. — Le capital de l'Œuvre sera, par les soins du Trésorier, placé à intérêts dans la forme que lui prescrira la commission.

Secours.

Art. 14. — Le directeur de l'asile provincial et les médecins en chef des salles spéciales du grand Hôpital signalent au Président les individus qui, dans leurs services respectifs, sont, d'après eux, dignes de secours au sens de l'article 2 des statuts, établissent une brève notice individuelle les concernant et proposent les mesures le mieux en rapport avec chaque cas particulier.

Art. 15. — Le Président, après s'être assuré de l'indigence de l'individu, décide, ouï l'avis des personnes sus-mentionnées, la délivrance et la durée du secours.

Art. 16. — Dans la distribution des subsides, on aura spécialement égard aux aliénés originaires *de communes qui participent à l'œuvre charitable.*

Art. 17. — La durée du secours ne saurait dépasser un an.

Art. 18. — Le subside cessera, dès le passage de l'assisté à la charge d'une autre institution publique de bienfaisance.

Art. 19. — Le président délègue un membre de la commission destiné à se tenir en rapport avec les membres protecteurs désignés par le même président pour secourir et surveiller les assistés de l'Œuvre charitable.

Art. 20. — Ce membre s'enquiert, au moins tous les six mois, de l'état physique et moral des secours, et de tout ce qui peut intéresser l'institution.

Art. 21. — Les commissaires médecins conseillent les familles des assistés sur la conduite à tenir envers eux, leur indiquent les causes de rechute et les symptômes qui précèdent celle-ci.

Art. 22. — La commission débat les moyens extraordinaires profitables à l'institution : loteries, foires de bienfaisance, représentations théâtrales, lectures publiques, etc., etc...

(Approuvé par la Députation provinciale de Milan, en date du 26 janvier 1877).

Société de Reggio-Emilio.

D'après les renseignements fournis par e professeur Tamburini, la société a été fondée en 1874, sous l'inspiration du professeur Livi.

Le capital de la société était au 1er janvier dernier de 26,938 francs 60 centimes. Les subsides accordés varient de 500 à 600 francs par an.

En voici les statuts (1) :

Société de patronage pour les aliénés indigents sortis de l'asile de Reggio-Emilio.

—

1. — Il est institué à Reggio-Emilio une *Société de patronage pour les aliénés indigents qui sortent convalescents ou guéris de l'asile* ; cette société se rattache à l'Œuvre pie de St-Lazare.

2. — Elle a pour but de secourir ces malheureux, non-seulement en leur fournissant des ressources pécuniaires, des vivres ou un abri,

(1) Traduit de l'Italien par le docteur Nicoulau.

mais surtout en leur procurant du travail ou une occupation, et, par la suite, en pourvoyant toujours, dans la mesure des moyens matériels ou moraux dont elle disposera, à tous leurs besoins aussi bien qu'à leur protection.

3. — La dite société possède un *Conseil directeur* résidant à Reggio ; il se compose d'un président et de quatre conseillers, dont l'un a la charge de vice-président.

4. — Le président de ce conseil est, d'office, le président de la commission administrative de l'Œuvre pie de St-Lazare ; le médecin-directeur de l'asile en est vice-président. Les autres conseillers sont choisis en assemblée générale, parmi les membres résidant à Reggio.

5. — Un des médecins adjoints de l'asile, au choix du président, exerce les fonctions de secrétaire de la société ; au comptable de l'administration reviennent celles de caissier (trésorier.)

6. — Les conseillers électifs se renouvellent par tiers chaque année et peuvent être réélus. Pour les premières années, les sortants sont désignés par le sort ; ensuite par l'ancienneté.

7. — Le Conseil directeur a la haute direction et l'administration de la société et correspond avec les autorités des provinces et des communes syndiquées.

8. — Toute commune qui veut faire admettre ses aliénés indigents aux bénéfices de la société, devra s'engager pour cinq ans au versement d'une somme annuelle en rapport avec le nombre de malades qu'elle envoie à l'asile.

9. — La taxe annuelle est de cinq francs par aliéné. Les communes qui, dans une année quelconque, n'enverraient personne à l'asile, sont tenues à une taxe de cinq francs. Celles dont le nombre des séquestrés dépasse vingt, ne paient que demi-taxe pour ceux au-dessus de ce nombre.

10. — Les autres encaissements de la société proviennent :

(*a*) De la cotisation des sociétaires ordinaires ;

(*b*) Des secours qui pourraient être accordés par les administrations provinciales, les œuvres de charité, les bienfaiteurs particuliers ;

(*c*) D'une taxe prélevée sur les visiteurs de l'asile ;

(*d*) De récitations et autres représentations payantes données sur le théâtre de l'établissement ; de foires, de loteries, de lectures publiques, etc.

(*e*) Des revenus qui, par la suite, dériveront du fonds social.

11. — Les maires des communes ayant adhéré à la société, et tous ceux qui paieront une cotisation annuelle de cinq francs participeront aux mêmes droits que les sociétaires.

12. — Ceux-ci ont la faculté gratuite :

(*a*) De visiter l'asile ;

(*b*) D'assister aux bals, aux déclamations et autres représentations théâtrales ;

(*c*) De recevoir toutes les publications concernant l'asile.

13. — Les maires ont la faculté d'établir des *comités locaux de secours* ; ceux-ci ont la tutelle des aliénés de la commune, après leur sortie, et peuvent, de mille façons, émouvoir à leur avantage la bienfaisance publique. Les maires peuvent également charger de cette tâche leur congrégation charitable particulière, sauf à informer la présidence de ce procédé.

14. — Sur les recettes de l'année précédente, il sera, par le conseil directeur, alloué à chaque commune, une somme proportionnelle au nombre de ses indigents admis à l'asile, pour répondre aux demandes de secours qu'elle aurait à présenter. De plus, une autre somme sera tenue en réserve pour secours extraordinaires.

15. — Les maires seront avisés du chiffre des ressources mises chaque année à leur disposition en vue des besoins ordinaires ; ils devront, au bout de l'an, rendre compte au président de la société de la répartition des subsides ainsi que des personnes qui les auront reçus.

16. — Quant aux secours extraordinaires, ils seront de la part des maires, l'objet d'une demande spéciale au président de la société, lequel y satisfera selon les conditions économiques de la caisse.

17. — La somme allouée, pour une année quelconque, à une commune, et non dépensée par celle-ci, sera comptée en recettes à l'exercice suivant.

18. — Les conditions donnant droit au secours sont :

(a) L'état d'indigence notoire ;

(b) La condition d'orphelins pour les enfants, le veuvage pour les femmes ;

(c) L'impotence ou l'inaptitude physique au travail ;

(d) Le défaut absolu d'ouvrage ou d'occupation utile.

19. — Conformément à l'article 2, le devoir principal des maires ou de leurs délégués, comme celui des sociétaires, est de procurer du travail et un refuge aux malades qui, sortant de l'asile, se trouveront

sans occupation. A cet effet, ils recevront, par les soins du Directeur, avis préalable de la sortie.

20. — Si, après arrêt d'une subvention, et même beaucoup plus tard, le bénéficiaire vient à donner des signes de rechute, les maires renouvelleront le secours ; dans cette prévision, ils enjoindront aux médecins officiels et aux familles d'en donner un prompt avis, à cette fin d'empêcher par un subside opportun le retour de la maladie.

21. — De tout revenu ordinaire ou extraordinaire, la moitié seulement sera dépensée chaque année, de façon que l'autre part contribue à constituer le fonds social de dix mille francs ; après quoi, les neuf dixièmes du revenu seront dépensés et le restant s'ajoutera au capital sus mentionné dont le placement se fera, pour l'avantage de la société et au choix du conseil directeur dans quelque institution de crédit productrice d'intérêts.

22. — Les maires et les sociétaires seront, chaque année, convoqués à l'asile en assemblée générale ; là, il sera donné lecture du compte de gestion administrative et morale concernant l'année précédente. La réunion sera légale, lorsque les membres formeront la moitié plus un des sociétaires , et si, par défaut du quantum légal, une nouvelle réunion est jugée nécessaire, celle-ci sera valide quel que soit le nombre des assistants. Les maires et sociétaires auront la faculté de se faire représenter, sur une délégation écrite, par un de leurs collègues.

23. — Toute modification à introduire aux présents statuts devra être proposée par le conseil directeur ou des sociétaires, à l'effet d'être discutée, puis approuvée ou non, dans la prochaine assemblée générale.

Dispositions transitoires.

1. — Les trois conseillers visés à l'article 4 seront, pour la première fois, élus par la députation provinciale de Reggio, parmi les personnes désignées au dit article.

2. — Les sommes recueillies la première année ne devront être dépensées que l'année suivante.

Société de patronage pour les aliénés indigents d'Imola.

Les documents sur la société de patronage et sur l'asile d'Imola (manicomio di santa maria della scoletta) m'ont été adressés par le docteur Lolli, médecin Directeur et fondateur de l'asile.

Ce qu'il y a de particulier dans cette société de patronage, c'est que le capital (nécessaire pour assurer le fonctionnement de l'Œuvre

d'une manière permanente, et pour obtenir, par la justification de ressources non précaires, un statut organique approuvé par décret royal, et la reconnaissance légale), est dû au produit du travail des aliénés.

Le docteur Seppili, médecin en chef de l'asile, m'a, de son côté, écrit que la société de patronage fonctionnait d'une manière admirable, et qu'il serait à souhaiter qu'elle fût imitée sur une large échelle.

Voici le texte des statuts (1) :

Société de patronage pour les aliénés indigents d'Imola.

RÈGLEMENT ORGANIQUE

Approuvé par Décret royal du 9 février 1888.

Chapitre I.

Origine. — Siège. — But et ressources de l'œuvre.

Art. 1. — Il est fondé, sous la dénomination de *société de patronage*, une œuvre charitable visant les aliénés pauvres de la commune d'Imola.

Cette institution a son siège à Imola.

Art. 2. — L'Œuvre a pour but :

(a) D'aider les malheureux qui sortent guéris de l'asile, jusqu'au moment où ils trouvent une occupation profitable.

(b) De secourir les familles besoigneuses des sequestrés.

(c) De distribuer des subsides aux veuves et aux orphelins des indigents décédés ; — de pourvoir, dans la mesure du possible, à l'éducation des innocentes créatures qui ont hérité de la fatale tendance aux affections mentales.

Art. 3. — Les moyens dont elle dispose pour sa fin sont :

(*a*) Un capital de 30,000 francs, converti en titre de la rente publique et du Crédit foncier — capital constitué par l'accumulation des petites sommes allouées comme récompense aux travailleurs de l'asile. (Pécule).

(*b*) Les secours, les dons, les legs, les héritages et autre disposition qui pourraient être prises en faveur de la Société.

Chapitre II.

Administration.

Art. 4. — L'œuvre charitable est administrée par un Conseil spécial composé de cinq membres ; soit, quatre conseillers et un président.

(1) Traduit de l'Italien par le docteur Nicoulau.

Etant donné qu'il s'agit d'une institution ayant pour objet les aliénés sortis ou en traitement aussi bien que leur famille, la charge de président incombera au directeur en exercice du Manicome d'Imola.

Art. 5. — Deux membres du susdit conseil seront nommés par la congrégation de charité qui administre l'asile ; les deux autres par les sociétaires.

Sont sociétaires, tous ceux qui participent aux bienfaits de l'Institution par le versement d'une offrande quelconque, soit mensuelle, soit unique dans l'année.

Art. 6. — Les membres du conseil administratif (le président excepté), se renouvellent par moitié, tous les ans, et sont toujours rééligibles. La première année, les sortants sont désignés par le sort ; dans la suite, par l'ancienneté.

Art. 7. — Les séances du conseil sont ordinaires et extraordinaires. Les premières ont lieu deux fois l'an pour l'approbation du budget de prévisions et du compte de dépenses ; les autres, chaque fois que le nécessitent les besoins de l'Œuvre.

Art. 8. — Les séances ordinaires seront valables dès qu'elles réuniront la majorité des membres du conseil. Celles d'autre sorte vaudront, quel que soit le nombre des votants.

Les votes s'exprimeront par assis et debout ; ceux concernant les personnes auront lieu au scrutin secret.

Art. 9. — Il appartient au conseil administratif :

(*a*) D'observer les présents statuts.

(*b*) D'administrer les fonds et capitaux de l'Œuvre charitable ;

(*c*) De faire le nécessaire pour que devienne accessible le but de la fondation.

(*d*) De procurer à celle-ci des dons et des ressources extraordinaires.

(*e*) De rédiger le règlement d'administration intérieure et de le soumettre à l'approbation de l'autorité tutrice.

Art. 10. — Le conseil administratif pourra nommer un Comité auxiliaire pour la direction morale de l'Œuvre.

Chapitre III.

Employés.

Art. 11. — Tous les concours apportés à l'Œuvre charitable sont gratuits. Les services d'administration sont confiés aux employés de l'asile ; le service de caisse revient au trésorier de la congrégation de charité.

Société de patronage de Turin.

Les statuts publiés comme annexe dans le rapport du docteur Bourneville ont été modifiés par l'assemblée générale des sociétaires dans la réunion du 9 avril 1891.

Par décret royal du 10 décembre 1891, les nouveaux statuts ont été approuvés et la société de patronage pour les aliénés indigents sortant de l'asile de Turin a été érigée en personne civile.

Voici le texte des statuts que m'a transmis mon collègue de l'asile de Turin (1).

(TURIN) STATUTS.

Art. 1. — Il est fondé à Turin, une société de patronage pour les pauvres qui sortent de l'asile de Turin, convalescents ou guéris.

Art. 2. — Le but de l'institution est de procurer du travail, assister et secourir avec des moyens moraux et matériels les aliénés convalescents ou guéris qui, à leur sortie de l'asile, se trouvent abandonnés à eux-mêmes, dénués de toute fortune et sans aucun moyen de s'occuper et de vivre.

Art. 3. — La société est administrée par un conseil directeur composé de douze membres.

Font partie de ce conseil en qualité de membres de droit le *Président*, le *Médecin en chef* de l'asile de Turin, le *Médecin doyen* de l'asile de Collegno. Les neuf autres membres sont élus, trois par la députation provinciale et six par les sociétaires en assemblée générale.

Art. 4. — Le conseil directeur nomme dans son sein un *Président*, un *Vice-Président*, un *Secrétaire* et un *Secrétaire-adjoint*. Toutes ces charges sont gratuites et triennales. Le Comité nomme hors de son sein un *Trésorier*, et, s'il y a lieu, un *Receveur*.

Art. 5. — Les neuf membres du conseil élus sont renouvelés par tiers chaque année. Dans les deux premières années, la désignation des sortants est déterminée par le sort et ensuite par l'ancienneté.

Art. 6. — La société se compose :

De sociétaires perpétuels (N. 18).

De sociétaires triennaux (N. 60).

De bienfaiteurs.

Sont sociétaires perpétuels ceux qui contribuent en une seule fois pour une somme d'au moins cent livres.

(1) Traduit de l'Italien par le docteur Nicoulau.

Les sociétaires triennaux sont ceux qui, pendant trois ans, se chargent d'une ou plusieurs actions de 5 livres annuelles. Ils sont engagés pour une période de trois ans encore, à moins qu'ils n'aient donné leur démission un mois avant l'échéance de leur contribution en cours.

Les bienfaiteurs sont ceux qui, par des donations d'objets ou d'effets d'habillement ou de linge ou pour prestation de services gratuits ou qui, d'autre façon, auraient acquis droit à la reconnaissance de la société.

Le titre de bienfaiteur est donné par le conseil de direction par suite d'une délibération *ad hoc*.

Art. 7. — Les sommes versées par les sociétaires perpétuels seront employées fructueusement par les soins du conseil directeur.

Art. 8. — Les sociétaires aideront le conseil directeur en recueillant dans les localités où, soit par le fait de leur résidence, soit en raison de leurs affaires, ils auraient des tenants ou des connaissances, les informations les plus exactes sur le traitement physique et moral que les protégés de la société recevront de la part de ceux auprès desquels ils ont été placés, sur les améliorations ou sur les symptômes de rechutes qu'ils présenteront et sur la nature de leurs besoins.

Ils indiqueront les personnes qui, par sentiment de charité ou par leur autorité, seront en état de favoriser ou de seconder dans les divers bourgs ou villes l'œuvre de la société de patronage.

La société, par l'entremise de ses délégués, fera, si besoin était, surveiller l'exacte exécution de ce qu'elle aurait recommandé.

Art. 9. — Les secours seront établis et accordés par un comité qu'élira le conseil directeur ; la composition et les attributions en seront déterminées par le règlement.

Art. 10. — Le conseil directeur se réunira normalement en mars, mai, septembre et décembre et en session extraordinaire sur l'invitation du président ou sur la demande signée d'au moins deux des administrateurs.

Art. 11. — Les délibérations du conseil directeur devront, pour être valables, émaner d'un groupe minimum de sept membres et réunir la majorité absolue des votes.

Art. 12. — Les procès-verbaux des délibérations du conseil directeur seront intégralement recueillis par le secrétaire ou le secrétaire adjoint, et signés de tous les membres présents.

Si l'un de ceux-ci vient à s'absenter ou se refuse à signer, il en sera fait mention au procès-verbal.

Art. 13. — Les mandats de paiement devront être signés du président et de l'administrateur proposé au service dont relève le mandat, à défaut de cet administrateur, le membre doyen signera.

Art. 14. — La société sera convoquée en assemblée générale au moins deux fois l'an, au printemps et en automne.

Dans la première session le conseil directeur fera son rapport sur la marche morale et financière de la société.

On discutera et approuvera les comptes de recettes et dépenses de l'exercice précédent.

En automne, on procèdera à l'élection des charges sociales et à la nomination de deux vérificateurs des comptes.

Au cours des deux assemblées on délibérera sur toute question mise à l'ordre du jour par le conseil directeur, soit de sa propre initiative, soit sur la demande écrite d'au moins dix sociétaires. Celle-ci devra être présentée avant le 20 mars pour la session de printemps, avant le 20 septembre pour celle d'automne.

Art. 15. — La société pourra, en outre, être convoquée en assemblée générale et extraordinaire sur l'invitation du conseil directeur, ou, sur la demande d'au moins quinze membres, contenant l'indication de la proposition motivée qu'ils comptent soumettre aux délibérations de l'assemblée.

Art. 16. — Les délibérations de l'assemblée légalement convoquée seront valides dans une première séance dans le cas ou au moins un dixième des membres sociétaires seront présents et un tiers s'il s'agit de modifier les statuts.

En seconde séance toute délibération sera valable quelque soit le nombre des sociétaires présents.

Art. 17. — Ont seuls voix délibérative, les sociétaires admis depuis un mois au moins.

Les bienfaiteurs pourront assister aux délibérations et prendre part aux discussions.

Art. 18. — Le conseil directeur pourvoira par un règlement spécial au fonctionnement de la société.

Art. 19. — A tout ce qui n'est pas prévu dans les présents statuts, sont applicables les dispositions de la loi du 17 juillet 1890, n° 6972, qui régit la société, et en particulier les articles 11, 22 et 32 de cette loi.

DU PATRONAGE DANS D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS.

—

Le docteur Bonfigli m'a écrit qu'il n'existe pas dans la province de Ferrare de véritable société de patronage pour les aliénés indigents sortant de l'asile, bien que, depuis 1874, il ait toujours fait son possible pour recommander ce genre d'institution. Mais il y a une société de secours pour les pellagreux et ce sont, ajoute le docteur Bonfigli, les pellagreux qui constituent la majeure partie des indigents séquestrés à l'asile. Cette société de secours est riche. Le décret royal du 10 novembre 1883 qui approuve ses statuts et lui donne la capacité civile, vise une donation de cent dix mille six cents francs par le Comte Car. Galeazzo Massari, Duca di Fabriago. Non seulement, cette société donne des secours individuels, mais encore, par une modification récemment introduite, il lui est permis de favoriser, au moyen de prêts à faible intérêt, les sociétés ouvrières pour leur permettre de soumissionner les entreprises de travaux et fonder des sociétés coopératives de consommation. Ces dispositions, quoique fort intéressantes, s'écartent trop de ce qui s'applique spécialement à l'assistance des aliénés pour que je puisse m'y arrêter.

Le Docteur Giacchi, médecin en chef de l'asile provincial de Cunéo à Racossigi, écrit que le patronage n'existe pas encore pour les aliénés sortants guéris ou améliorés de l'asile, mais que ce patronage existera bientôt, et a déjà été approuvé par le conseil d'administration. On a pris comme modèle les statuts de la société de patronage de Milan.

Le professeur Raggi, médecin directeur de l'asile provincial de Parri à Noghera, m'a fait connaître que leur société de patronage n'est pas encore fondée. Il m'a adressé la chronique de l'asile dans laquelle la question est tracée. Un commencement d'exécution a eu lieu par l'ouverture d'une souscription.

A Alexandrie, d'après les renseignements fournis par le docteur Frigerio Luigi, directeur de l'asile royal, les préliminaires commencés en vue d'organiser une société de patronage n'ont pas été continués, dans l'attente de la nouvelle loi sur les aliénés et les asiles.

Pour la province de Parme, le docteur Fochi, directeur médecin de l'asile provincial à Colorno, m'a écrit que les tentatives faites par lui

pour organiser une société de patronage sont restées, jusqu'à présent, sans résultat. Mais une caisse de secours a été instituée à l'asile par le docteur Fochi et son prédécesseur, et cette caisse est alimentée par le prix des consultations, par des offrandes, loteries, petits spectacles, etc.

Le docteur Bourneville signale dans son rapport, parmi les sociétés créées celles d'Imola et de Sienne. Je n'ai pas obtenu de renseignements sur la société d'Imolési. En ce qui concerne Sienne, j'avais des doutes sur l'existence de cette fondation parce que, dans un grand rapport (analysé par le docteur Nicoulau dans les annales médico-psychologiques), le docteur Funaioli, médecin directeur, exprimait le regret de n'avoir pas à l'asile de société de patronage. Le docteur Funaioli auquel je me suis adressé directement m'a répondu que jamais il n'avait existé à Sienne de société de patronage pour les aliénés indigents sortis guéris ou améliorés de l'asile, et qu'il avait essayé d'en fonder une en 1880, mais sans succès. Cet insuccès est attribué au grand nombre de sociétés de bienfaisance existant déjà à Sienne et à la difficulté d'en établir de nouvelles.

SUISSE.

J'ai dit précédemment que M. le docteur Ladame avait bien voulu se charger de tout ce qui concernait les sociétés de patronage pour les aliénés en Suisse. Je n'ai donc qu'à céder la parole ici à mon très distingué collaborateur.

IV.

LES SOCIÉTÉS DE SECOURS AUX ALIÉNÉS EN SUISSE

Par le Dr LADAME, privat-docent à Genève.

En 1867, à l'époque où Lunier publiait dans les annales médico-psychologiques son intéressante étude de l'aliénation mentale en Suisse, au triple point de vue de la législation, de la statistique, du traitement et de l'assistance, il n'existait qu'une seule société de secours aux aliénés indigents, celle de Saint-Gall, qui venait de se créer et dont Lunier ne parle même pas. En 1884, on comptait huit sociétés de ce genre dans les cantons suisses, comme je l'ai signalé dans les notes et documents que M. le sénateur Th. Roussel m'a fait l'honneur de publier dans les annexes de son grand rapport concernant les législations française et étrangères sur les aliénés (1). Dès lors, il ne s'en est fondé qu'une seule nouvelle, celle de Bâle. Voici donc, suivant l'ordre chronologique, la liste des sociétés de secours aux aliénés qui existent à ma connaissance, aujourd'hui, en Suisse, et dont je me propose de faire rapidement l'historique (2) :

1. Saint-Gall, fondée le 23 mai 1866.
2. Thurgovie, fondée le 3 novembre 1869.
3. Lucerne, fondée le 1er juillet 1873.
4. Zurich, fondée le 10 décembre 1875.
5. Appenzell, fondée le 30 juillet 1877.
6. Grisons, fondée le 6 décembre 1877.
7. Argovie, fondée le 5 mars 1878.
8. Berne, fondée en mars 1880.
9. Bâle, fondée le 6 juillet 1886.

Avant de parler de l'activité de ces sociétés, je voudrais dire un

(1) Dans ce rapport, j'ai annoncé par erreur que Bâle possédait une société, tandis qu'à cette époque il n'y avait à Bâle qu'une commission de protection des aliénés, dépendant de la société d'utilité publique. Par contre, Argovie, dont je n'avais pas parlé, possédait déjà à cette époque, une société de patronage pour les aliénés, depuis 1878.

(2) La population totale de résidence ordinaire était, d'après le recensement du 1er décembre 1888, de 2,917,754 habitants pour la Suisse entière.

mot sur la question générale de l'assistance des aliénés indigents en Suisse.

Grâce à l'obligeance de M. le docteur Guillaume, directeur du bureau fédéral de statistique, qui m'a fourni de précieux renseignements, nous pourrons donner plus de précision à cette étude. Il nous sera facile de comprendre alors pourquoi certains cantons n'ont pas senti, autant que d'autres, le besoin de la fondation de ces sociétés, Ajoutons, cependant, que bien qu'aucune nouvelle association de secours aux aliénés n'ait été créée en Suisse depuis 1886, nous ne pensons pas que ce mouvement soit arrêté. Le développement continu de celles qui existent et la sollicitude qui s'observent pour toutes les questions qui concernent les aliénés, nous démontrent suffisamment l'intérêt que l'on porte à ces malheureux dans nos cantons. On en aurait, au besoin, la preuve dans les subventions que la plupart d'entre eux consacrent aux asiles et à l'entretien des aliénés, en prélevant une somme annuelle sur le dixième du produit provenant du monopole de l'alcool qui doit être employé pour combattre l'alcoolisme dans ses causes et dans ses effets.

Le message du Conseil fédéral à l'assemblée fédérale, en date du 15 décembre 1892, nous apprend que Glaris, Fribourg et Tessin ont versé la somme totale de leur quote-part pour l'assistance des aliénés. Zurich, Uri, Zug, Soleur, Bâle-campagne, Schaffouse, Appenzel, Grisons, Argovie, Thurgovie ont tous consacré une partie plus ou moins forte de leur dixième aux aliénés, aux épileptiques et aux établissements pour les enfants faibles d'esprit.

Il me paraît intéressant de citer le passage suivant du rapport du gouvernement de Saint-Gall qui a prélevé 10,000 francs pour le fonds des aliénés nécessiteux.

« Le fonds cantonal de secours pour les aliénés nécessiteux, dit ce rapport, accuse actuellement une fortune de 79,195 francs 88 centimes. Il a pour but de supporter en partie les frais des communes pour l'entretien de personnes atteintes d'affections mentales et de délivrer des récompenses pour leur prompt internement dans l'asile d'aliénés. Comme, dans bien des cas, l'alcoolisme et l'aliénation mentale sont en corrélation intime et que, d'un autre côté, le placement aussi prompt que possible d'aliénés dans l'asile cantonal est de nature à parer aux suites de l'alcoolisme, il semble opportun et urgent d'augmenter ce fonds de secours. »

En 1891, la somme totale de ces allocations extraordinaires pour

l'assistance des aliénés, prises sur le 10e du produit du monopole, s'est montée pour toute la Suisse à 85,357 francs 31 centimes.

Dans les cantons où n'existent pas de société de secours aux aliénés, ceux-ci sont secourus par les communes ou par les sociétés de bienfaisance très-nombreuses en Suisse. Dans les cantons romands, par exemple, qui n'ont pas de sociétés spéciales pour l'assistance des aliénés, on leur vient partout en aide. A Neufchâtel, m'écrit le docteur Châtelain, « je ne connais pas de cas dans lequel un aliéné ait manqué, à sa sortie de Préfargier, d'asile, de pain, de réconfort moral. Je n'ai jamais vu que le besoin d'une société de patronage se fit sentir, et nous avons d'ailleurs un si grand nombre de sociétés diverses que je n'ai pas vu l'utilité d'en créer une. » A Genève, outre de nombreuses sociétés de secours, il y a l'hospice général qui s'occupe activement du placement et de la protection des aliénés.

Saint-Gall.

Depuis longtemps les Saint-Gallois sont connus par leur esprit d'initiative et c'est chez eux, en effet, que s'est fondée la première société Suisse de secours aux aliénés indigents.

Non loin de Pfaeffers et des gorges pittoresques de la Tamina s'élève l'établissement de Saint-Pirminsberg, ancien couvent de bénédictins fondé par Saint-Pirmin au moyen âge. Ce couvent, dans une situation ravissante, et un isolement complet, fut sécularisé en 1838, au souffle des idées démocratiques qui agitaient les cantons et sur la demande même de ceux qui l'habitaient. Pendant neuf ans il resta inhabité. En 1846, le grand conseil décréta que cet asile, pour le salut des âmes, ne serait pas détourné de sa destination primitive, mais qu'on le transformerait et l'adopterait, suivant l'esprit moderne, pour servir au traitement des aliénés.

L'asile à 900 mètres au-dessus du niveau de la mer, reçut les premiers malades en août 1847. Trois ans après, en 1850, il y en avait déjà 108. On comptait alors pour le canton une population de 170,000 habitants (1). On fit subir à l'établissement de Saint-Pirminsberg une reconstruction et une transformation complète de 1867 à 1869, afin de le mettre au niveau des exigences modernes de psychiatrie, et de l'ap-

(1) Le recensement du 1er décembre 1888 donne 228,174 habitants de résidence ordinaire dans le canton de Saint-Gall (dont 92,087 protestants et 135,227 catholiques).

proprier pour le traitement de 250 malades. Cette reconstruction coûta 720,000 francs.

On s'aperçut bientôt cependant que, si beaucoup avait été fait pour le bien des aliénés, il n'en restait pas moins de grands préjugés à combattre pour que l'établissement remplit mieux son but. Le peuple était méfiant vis-à-vis de l'asile. On ne croyait pas que les guérisons fussent possibles ; on regardait de travers ceux qui sortaient de Saint-Pirminsberg ; on les tenait à l'écart ; la folie n'était point considérée comme une maladie, mais comme une punition du ciel.

Pour dissiper ces préjugés et ces méfiances, il fallait appeler le peuple à s'intéresser directement à la vie de l'asile et à participer activement au traitement des aliénés. Depuis longtemps, un certain groupe d'hommes aux pensées généreuses se préoccupaient de ces questions. L'exemple des sociétés de patronage fondées en France par Falret père et ses imitateurs allait bientôt porter des fruits sur le sol helvétique. Cependant, les sociétés de secours aux aliénés naquirent en Suisse plutôt du sentiment de la nécessité de combattre les préjugés populaires que des besoins de l'assistance proprement dite des aliénés nécessiteux qui sont partout entretenus par leur commune d'origine, ou par des associations privées de bienfaisance pour les pauvres en général.

La société médicale de Saint-Gall, réunie à Saint-Pirminsberg en octobre 1865, décida la fondation d'une société de patronage pour les aliénés. Le 23 mai 1866, elle lançait un appel à la population, signé du docteur Sonderegger, inspecteur, docteur Ziun, directeur et docteur Heune, médecin-adjoint, à Saint-Pirminsberg. Cet appel peignait en termes saisissants les souffrances et les malheurs qu'entraînent les maladies mentales dans les familles et dans l'Etat, même lorsqu'elles sont suivies de guérison. En sortant des asiles, les malades sont méconnus, maltraités ; on s'écarte d'eux avec méfiance. On leur fait subir tantôt des moqueries et des duretés, tantôt, au contraire, des gâteries sentimentales. Ils résistent rarement à la rude épreuve qui les attend, et retombent bientôt dans un état pire qu'auparavant. Chaque citoyen a là une noble tâche à remplir. Il faut combattre les préjugés qui s'attachent encore à l'aliénation mentale et venir en aide, par la parole et par l'action, à tous ceux, riches ou pauvres, qui rentrent dans la vie sociale et qui ont besoin de soutien et de conseil. Il faut que toutes les bonnes volontés, tous les bons cœurs s'associent pour ce noble but.

L'appel des médecins fut entendu et la société immédiatement

constituée. Elle compta, dès le début, 366 membres. Ses statuts en douze articles, indiquent comme suit le but qu'elle poursuit :

1° Protéger les malades indigents sortis guéris et améliorés de Saint-Pirminsberg et prévenir ainsi, autant que possible, l'aggravation de leur état ou les rechutes.

L'expérience a appris que les rechutes sont, le plus souvent, causées par les nouveaux soucis, les chagrins et la misère qui assaillent les convalescents à leur sortie de l'asile. Le traitement fait à l'asile est donc stérile si on ne prend pas les mesures pour empêcher les rechutes. C'est la *société de secours* qui prendra ces mesures et ne laissera sortir de l'asile aucun malade indigent sans lui avoir préparé l'accueil dont il a besoin et aplani les voies en le recommandant à des patrons et correspondants qui s'occupent activement de lui, ne le perdent pas de vue, l'encouragent, le réconfortent et lui viennent en aide moralement et matériellement, lui fournissent, suivant ses besoins, de l'argent, des vêtements, des outils, une occupation appropriée, lui facilitent une cure de convalescence, etc. ;

2° La société poursuit, en outre, un but plus élevé ; l'amélioration et le perfectionnement de tout ce qui a rapport à l'assistance publique, à la protection et au traitement des aliénés. La société combat les préjugés qui existent envers les asiles et les aliénés. Elle s'efforce spécialement de faire comprendre au public la nécessité de placer immédiatement à l'asile les cas récents de maladies mentales, car c'est une des conditions essentielles de la guérison.

Le champ d'activité de la société s'agrandit rapidement d'année en année et dépassa bientôt les prescriptions réglementaires. En 1881, une assemblée générale décida que le Comité devait aussi venir en aide aux épileptiques pauvres en leur fournissant gratuitement les médicaments nécessaires. Dès lors, on voit figurer dans le budget des dépenses, un compte spécial pour le bromure de potassium qui a atteint, en dix ans, de 1881 à 1891, la somme de 5,141 francs 37 centimes. Pour lutter plus efficacement contre la prédisposition aux maladies mentales, la société distribua, peu à peu, des secours à tous ceux qui lui étaient recommandés et qui souffraient de troubles nerveux, neurasthéniques héréditaires, etc. Lorsque ces troubles, selon la déclaration des médecins toujours nécessaire, pouvaient être le prélude d'une psychose. C'est ainsi que la société Saint-Galloise tend toujours davantage à réaliser le but qu'elle poursuit de prévenir les cas d'aliénation, en soulageant partout où elle le peut la misère, les soucis, les chagrins, afin d'empêcher, autant que possible, ces

causes occasionnelles de faire germer les maladies mentales chez les individus prédisposés, avant que ces maladies aient éclaté.

Le développement pris par la société fit sentir le besoin d'une révision des statuts qui étendît le champ d'activité de la société de secours et modifiât en conséquence, son organisation. Les nouveaux statuts suivants furent adoptés dans l'assemblée générale de Rheineck, le 3 juillet 1888.

STATUTS

de la société Saint-Galloise de secours aux aliénés.

§ 1. — Le but de la société Saint-Galloise de secours aux aliénés est de venir en aide aux personnes atteintes de maladies mentales et nerveuses.

§ 2. — La société se propose spécialement :

(*a*) D'empêcher autant que possible les rechutes et l'aggravation de leur maladie chez les aliénés indigents sortis guéris ou améliorés de Saint-Pirminsberg, et de faciliter les soins des malades curables indigents placés à l'asile.

Dans ce but, la société aidera matériellement et moralement, suivant ses ressources, les nécessiteux qui en auront besoin, en les préservant, autant que possible, des soucis et des chagrins qui les attendent à la sortie de l'asile et qui sont les causes habituelles de rechutes de la maladie mentale.

(*b*) En outre, la société donne des secours, sur la déclaration écrite d'un médecin et la demande motivée du patron communal (voir § 8), non seulement aux épileptiques pauvres (des médicaments gratuits) mais à tous les malades atteints de névroses graves qui conduisent facilement à l'aliénation.

(*c*) La société poursuit encore le but de faire progresser l'assistance publique des aliénés, de combattre les préjugés contre les asiles et les malades et s'efforce tout particulièrement de faire entrer le plus rapidement possible les cas récents dans l'asile, car c'est de leur admission précoce que dépend pour beaucoup leur guérison.

(*d*) Ele s'occupe aussi de secourir les malades pauvres, incurables, tranquilles et non dangereux placés dans les familles.

(*e*) La société s'occupe en première ligne des ressortissants du canton ; mais le Comité peut en tout temps accorder des secours à toutes les personnes domiciliées dans le canton.

§ 3. — Tous ceux qui désirent s'associer à cette tâche et qui se font inscrire chez l'un des correspondants sont membres de la société.

Chaque membre paye une cotisation annuelle de deux francs au minimum.

Le Comité ou l'un des membres de l'assemblée générale peut proposer de nommer membres *honoraires* des hommes qui se seraient particulièrement distingués par leur dévouement aux buts poursuivis par la société et aux aliénés en général.

§ 4. — Les ressources financières de la société sont :

(*a*) Les contributions annuelles des membres ;

(*b*) Les dons et legs ;

(*c*) Les subsides éventuels, réguliers ou extraordinaires de l'Etat, et des communes ;

(*d*) Les intérêts des fonds de la société.

§ 5. — L'administration de la société est confiée à un Comité de 5 membres qui choisit dans son sein un président, un secrétaire et un caissier. Il est nommé pour le terme de deux ans et peut se renforcer par le choix de personnes compétentes dans les diverses parties du canton.

§ 6. — Le comité choisit dans chaque district (1) parmi les membres de la société un ou plusieurs correspondants et ceux-ci dans chaque commune une ou plusieurs personnes de confiance, qui trouveront les patrons ou patronnesses pour les malades.

§ 7. — Les correspondants de district sont les intermédiaires qui relient les malades et leurs patrons au Comité. Ils distribuent les secours aux patrons ou directement aux malades. Ils font rentrer les cotisations avec l'aide des patrons s'ils le jugent nécessaire.

Si le patron ou le malade reçoit directement des secours qui n'ont pas passé par l'entremise du correspondant, celui-ci doit en être officiellement avisé.

§ 8. — Les patrons sont les représentants de la société dans les communes. Ils ont la surveillance des assistés, transmettent les demandes de secours et font rapport au Comité par l'entremise des correspondants, sur les informations prises. Dans certaines circonstances, ils peuvent aussi entrer directement en relations avec le Comité.

§ 9. — Le Comité décide, après avoir demandé le préavis du

(1) Le canton de Saint-Gall compte 15 districts et 93 communes. Le district de Saint-Gall ayant deux correspondants, leur nombre total est de 16.

correspondant, sur la nature, la durée et la somme des secours à accorder dans chaque cas individuel.

§ 10. — Le Comité a la tâche spéciale de veiller au but que la société se propose de remplir, tel qu'il est défini au § 2. — Il administre :

(*a*) La fortune de la société, le placement des capitaux, rend ses comptes chaque année et publie un rapport avec la liste des membres.

(*b*) Il dirige les relations avec les correspondants et les patrons, statue sur les demandes de secours et expédie toutes les affaires qui touchent la société. — Les séances sont convoquées par le président suivant les besoins. Un procès-verbal rend compte des décisions prises.

§ 11. — Les séances du Comité ont lieu dans la règle à Saint-Pirminsberg. Les employés et l'aumônier de l'asile, même s'ils n'en sont pas membres, sont invités à assister aux séances avec voix consultative. (1)

§ 12. — Le Comité convoque dans la règle tous les deux ans une assemblée générale, et, si cela est nécessaire, une assemblée extraordinaire des membres de la société. Toutes les fois que le 5 °/₀ des membres le demanderont, le Comité devra convoquer une assemblée extraordinaire.

§ 13. — L'assemblée générale s'occupe :

1° Du rapport annuel et des comptes ;

2° Du choix du Comité et des vérificateurs des comptes ;

3° De la nomination éventuelle des membres honoraires ;

4° De la discussion des propositions qui pourraient être faites de révision des statuts ou d'autres objets en rapport avec le but que poursuit la société.

§ 14. — Les propositions de révision des statuts, ou de l'un des articles de ces statuts, doivent être communiquées par écrit à tous les membres par les soins du Comité avant la réunion de l'assemblée générale.

§ 15. — Ces statuts adoptés par l'assemblée générale de Rheineck, le 3 juillet 1888, restent en vigueur aussi longtemps qu'ils n'auront pas été révisés suivant les prescriptions du § précédent.

Saint-Pirminsberg, en août 1888.

Pour le Comité : *Le Président :* Docteur O. Weller, directeur.

Le Secrétaire : C. Brandli, pasteur.

(1) Les fonctions de membre du Comité sont purement honorifiques et absolument gratuites.

La Société de Saint-Gall a déjà publié 25 rapports annuels sur son activité depuis sa fondation. Dans le 25e, celui de 1891 (lu et adopté dans la dernière assemblée générale qui se réunit à Wyl, le 3 août 1892), nous trouvons un intéressant historique sur l'activité de la société pendant le premier quart de siècle de son existence. Nous empruntons à cet historique les renseignements suivants :

Pendant ces 25 années, le produit total des cotisations s'est monté à .... F. 71,164 66

Les dons et legs à .... F. 35,682 »

Total............ F. 106,846 66

Dès le début, le président a toujours été le directeur de l'asile. On en compte 4 depuis 1866.

1. Le docteur *Ziun*, qui a pris une part active à la fondation de la société, a présidé deux assemblées générales, à Saint-Gall, en 1869, et à Wyl, en 1871.

2. Le docteur *Heune* qui en présida trois : à Altstaetten en 1873, à Rapperswyl, en 1875, et à Wallenstadt, en 1877.

La réunion de Flawyl, en 1879, fut présidée par le vice-président, docteur *V. Monakou,* médecin-adjoint à Saint-Pirminsberg.

3. Le docteur *Weller* présida celles de Ragatz, en 1881, de Rorschach, en 1883, la deuxième de Saint-Gall, en 1886, et celle de Rheineck, en 1888.

4. Le docteur *Laufer,* médecin-directeur actuel, présida la deuxième de Wyl, le 3 août 1892.

Ces hommes éminents, dit le rapporteur, ne se bornent pas à être des prêtres de la science psychiatrique, où ils se sont distingués par d'excellents travaux, ils se sont aussi efforcés de populariser leur science en instruisant les profanes et en leur donnant des conseils et des directions pratiques, en les encourageant à agir joyeusement et à s'occuper avec zèle et activité de leurs devoirs de membre de la société de secours aux aliénés. « Ils ont bien mérité de la société et du peuple Saint-Gallois ».

Nous reviendrons, dans un instant, sur ce sujet en parlant des rapports annuels.

De 1866-1891, la société a accompli une grande et utile besogne, elle a aidé, secouru et préservé de rechutes certaines des centaines de malades sortis guéris ou améliorés de Saint-Pirminsberg. Tous les rapports en fournissent des exemples. On y trouve aussi des renseignements importants sur l'activité des comités, des correspondants et des patrons.

Les *correspondants* de district sont les chevilles ouvrières de la société. Ce sont eux qui recrutent les nouveaux membres et font rentrer les cotisations. Ils sont chargés des enquêtes et de la surveillance des malades. Ils veillent sur le meilleur emploi des secours accordés. Ils sont à la peine et au sacrifice, mais ils récoltent la joie du devoir accompli et des résultats obtenus. Les membres correspondants sont surtout des instituteurs, des curés et pasteurs et des médecins.

Quant aux *patrons*, ils sont pour le cercle restreint de la commune, ce que les correspondants sont pour les districts. Ils représentent ceux-ci auprès des malades.

Si les résultats matériels de la société qui a dépensé en secours depuis 25 ans, 63,440 francs 37 centimes sont considérables, les résultats *moraux* sont peut-être supérieurs encore. Le peuple a été instruit sur la vraie nature des maladies mentales. Les préjugés ont été dissipés. On sait, désormais, dans le canton de Saint-Gall que le nom d'asile d'aliénés est synonyme d'hôpital et qu'il n'y a aucune honte à y placer en traitement un membre de sa famille, mais que c'est une honte d'abandonner l'aliéné à lui-même et une cruauté de ne pas le faire soigner immédiatement.

Appelé à s'intéresser et à s'occuper activement lui-même du traitement et de l'assistance des aliénés, le peuple a appris les devoirs importants qui incombent dans ce domaine à tous les citoyens. Les secours que l'on donne aux aliénés ne sont point des aumônes. Beaucoup d'indigents malades qui, par point d'honneur, n'auraient jamais accepté d'être entretenus par leurs communes, ont reçu avec reconnaissance les secours matériels et moraux de la société, qui ne sont jamais rendus publics. Un grand nombre de familles ont été ainsi consolées,réconfortées, encouragées et beaucoup ont éprouvé le besoin de proclamer hautement leur reconnaissance.

L'auteur que nous citons, le pasteur Zürchez, secrétaire actuel de la société, termine son historique en disant que la société de secours aux aliénés a éveillé dans le peuple l'amour et la sympathie pour les créatures les plus misérables et les plus abandonnées et que, en donnant et en recevant, le peuple est devenu meilleur, car l'instinct de bienveillance qui sommeillait en lui s'est réveillé et a porté d'admirables fruits.

La société Saint-Galloise de secours aux aliénés compte présentement plus de 2,000 membres répartis dans tous les districts du canton.

Tous les rapports sur l'activité de la société depuis 1866 renferment des travaux psychiatriques ou conférences pratiques destinés à éclairer les membres de l'association et le peuple en général sur les maladies mentales et les asiles d'aliénés.

Nous allons passer rapidement en revue quelques-uns de ces travaux pour donner une idée de leurs tendances.

I. Dans le PREMIER RAPPORT de 1866, le docteur Ziun insiste sur la nécessité qu'il y a de faire comprendre aux familles combien il importe de placer immédiatement les malades à l'asile. Il recommande aux membres de la société de ne pas se lasser de combattre les erreurs et les préjugés que l'on nourrit dans le public contre les asiles et qui sont une des principales causes du retard de l'entrée des malades. On ne les trouve jamais assez fous pour les placer, puis lorsqu'on s'y décide on les amène dans l'asile au moyen de ruses et de tromperies ce qui les aigrit et leur fait perdre confiance peut-être pour toujours. Le docteur Ziun donne d'excellents conseils sur la manière dont on doit s'y prendre pour les faire entrer à l'asile, puis lorsqu'ils sortent guéris, comment on doit se comporter vis à vis d'eux.

II. — RAPPORT 1867 et 1868. — Le docteur Ziun développe le sujet traité dans le rapport précédent sous ce tire : « Quelques recommandations populaires sur le traitement des aliénés ». Son travail a pour but de répondre aux trois questions suivantes :

(*a*) Que doit-on faire lorsque éclate la maladie mentale ?

(*b*) Comment doit-on se conduire pendant le séjour du malade à l'asile ?

(*c*) Que faut-il faire à la maison lors du retour du malade guéri ?

III. RAPPORT 1869. — Docteur Ziun, président, Hardegger, aumônier catholique, secrétaire. « *Sur le traitement des malades à l'asile Saint-Pirminsberg* », que l'auteur décrit avec détail sous deux rubriques : le traitement somatique et le traitement psychique. Il termine en disant que les résultats obtenus à Saint-Pirminsberg sont très satisfaisants et il recommande au public de ne pas être trop exigeant. Il ne faut pas juger, dit-il, des guérisons par les récidives qui ont lieu lorsque les malades rechutent dans les milieux qui les ont déjà fait tomber une première fois.

IV. — RAPPORT 1870. — Docteur Ziun. « Généralités sur les maladies mentales ». La plus grande partie de ce discours a été reproduit dans *Irrenfreund* 1871, nos 9 et 10. Le secrétaire, M. Hardegger, aumônier de l'asile, parle ensuite « des circonstances et des influences

nuisibles qui causent ou favorisent les maladies du système nerveux accompagnées de troubles psychiques.

L'auteur traite ce sujet avec beaucoup de compétence et d'une manière très populaire dans six lettres fort intéressantes.

V. Rapport 1871. — Le docteur Ziun prend pour titre de son travail les deux questions suivantes :

1° A quels signes peut-on reconnaître les maladies mentales ?

2° Que faut-il faire lorsque ces maladies éclatent ?

Ce rapport contient aussi une réimpression du travail d'Hardegger paru dans le IIIe Rapport, sur le traitement des malades à l'asile Saint-Pirminsberg.

VI. Rapport 1872. — Docteur Henne, le nouveau directeur décrit avec détail « les fonctions et l'activité des divers employés de l'asile des aliénés et spécialement : 1° du médecin-directeur, 2° de l'aumônier, 3° du personnel des infirmiers. »

VII. Rapport 1873. — Docteur Henne. « Une promenade à travers l'asile Saint-Pirminsberg, avec un historique intéressant sur la fondation de cet asile. »

VIII. Rapport 1874. — Docteur Henne parle en général des buts poursuivis par la société et le secrétaire M. Hardegger traite la question « des sociétés de secours aux aliénés d'une manière générale et spécialement de celle de Saint-Gall. » Ce mémoire a paru *in extenso* (sauf quelques adjonctions devenues nécessaires) deux ans auparavant dans le n° 3 de Irrenfreund 1872, sous un titre un peu différent.

IX. Rapport 1875. — Docteur Henne. « Questions pratiques de Psychiatrie. 1° A quoi reconnaît-on les débuts d'une maladie mentale ? 2° Que faut-il faire de nos malades ? »

X. Rapport 1876. — Docteur Henne. « Questions pratiques de Psychiatrie. 3° Comment on traite les malades dans l'asile ? 4° La correspondance de la famille et des malades. »

XI. Rapport 1877. — Docteur Henne. « Questions pratiques de Psychiatrie. » 5° Les visites aux malades. 6° La sortie de l'asile.

XII. Rapport 1878. — Docteur V. Monakou, médecin-adjoint. « Du langage délirant des aliénés et de quelques-unes de ses causes. »

XIII. Rapport 1879. — Docteur Weller, nouveau directeur. « L'influence des boissons alcooliques sur le système nerveux. »

XIV. Rapport 1880. — Docteur Weller. « Crime et folie. »

XV. Rapport 1881. — Docteur Weller. « Les danses épidémiques du moyen-âge et les maladies actuelles analogues. »

XVI. Rapport 1882. — Docteur Weller. « La lutte contre l'alcoolisme. »

XVII. Rapport 1883. — Docteur V. Monakou, 2e médecin à Saint-Pirminsberg. « Les limites de la santé mentale. »

XVIII. Rapport 1884. — Docteur Weller. « Hérédité en aliénation mentale. »

XIX. Rapport 1885. — Docteur V. Monakou. « L'âme et le cerveau. »

XX. Rapport 1886. — Docteur Fetscheria, directeur de Saint-Urbain, reproduction du travail présenté à la société Lucernoise (voir le 9e rapport de cette société pour 1882). « De la conduite à tenir vis à vis des aliénés. »

Dans une réunion de la société de psychiâtres suisses, tenue à Saint-Pirminsberg en 1887, les membres faisant partie des comités de sociétés de secours aux aliénés dans leurs cantons respectifs, prirent la décision de donner à chacun de ces comités la faculté de reproduire dans leurs rapports les travaux et mémoires publiés dans d'autres rapports. En publiant le travail du docteur Fetscheria le Comité de Saint-Gall fait usage pour la première fois de cette faculté.

XXI. — Rapport 1887. — Docteur V. Speyer, médecin à la Waldau (Berne) « Sur le traitement des aliénés à l'asile. » Conférence faite à l'assemblée générale de la société bernoise à Herzogenbuchsee et publiée dans le 6e rapport de cette société pour 1886.

XXII. Rapport 1888. — Docteur Bleuler, directeur de l'hospice pour les chroniques de Rheinau (Zurich). « Le traitement des aliénés en placement privé. »

XXIII, XXIV et XXV. Rapports 1889, 1890, 1891. — Depuis quelques années, diverses circonstances avaient retardé toujours davantage la convocation des assemblées générales et l'impression des rapports. Pour y remédier, le Comité décida de réunir en une seule publication les trois rapports ci-dessus. Outre les comptes-rendus de l'activité de la société pendant les années 1889, 1890 et 1891, on trouve dans ce rapport collectif la revue historique des 25 premières années de la société Saint-Galloise, dont nous avons déjà parlé, et un travail du docteur Laufer, le nouveau directeur de Saint-Pirminsberg, sur « l'Epilepsie ». C'est à l'obligeance de M. le docteur Laufer que je dois les renseignements sur la société de secours aux aliénés du canton de Saint-Gall.

Le nombre des membres est très rarement indiqué dans les rapports (1), mais on en trouve la liste nominale complète imprimée à la

(1) Voir le tableau statistique annexé p. 18.

fin du rapport. Il est difficile, cependant, d'en donner le chiffre total, parce qu'on trouve parfois l'indication « Famille X... », ou bien « Frères et sœurs ». Nous avons compté dans le dernier rapport 1,971 membres inscrits, auxquels il en faut ajouter un certain nombre compris dans les rubriques générales ci-dessus mentionnées, ce qui porte sans doute le chiffre total à plus de deux mille membres.

Nos des rapports	Année.	Membres.	Cotisations.	Dons et legs.	Aliénés secourus.	Frais pour secours.	Capital.	Augmentation.	Saint-Gall.
O......	1866	344	1885 70	1000	7	846 26	en caisse au 31	décem. 1866	2007 34
I......	1867	366	2094 80	590	12	659 66	3888 73	»	
II.....	1868	560	52 »	770	16	516 14	4088 34	»	
III.....	1869	725	2115 30	820	16	791 70	5950 07	»	
IV.....	1870		1842 85	1470	15	527 »	8498 27	»	
V.....	1871		2137 40	2030	29	1546 40	10801 99	»	
VI.....	1872	800 (?)	2031 52	820	22	1630 »	11711 22	»	
VII....	1873		2099 05	740	22	2566 40	11739 11	»	
VIII...	1874	1000 (?)	2535 »	540	23	1650 65	14790 31	»	
IX.....	1875		2652 85	1390	15	1429 80	17031 »	2240 69	
X.....	1876	1415	2971 50	220	20	2272 80	17699 13	668 13	
XI.....	1877	1493	3380 53	2520	21	2178 50	21242 22	3543 09	
XII....	1878		3231 30	420	21	2969 50	23737 52	2495 30	
XIII...	1879		3457 30	1320	24	3146 40	25334 83	1597 31	
XIV....	1880		3567 06	1270	17	2400 »	27802 69	2467 86	
XV....	1881		3590 50	1120	23	2518 »	29875 24	2072 55	
XVI...	1882		3558 70	4612	25	2905 »	34603 16	4727 92	
XVII...	1883		4047 55	2380	29	3819 »	37235 46	2632 30	
XVIII..	1884		3855 15	2420	21	2520 »	45545 36	8309 90	
XIX...	1885	2000 (?)	3925 »	1320	26	3395 »	48029 95	2484 59	
XX....	1886		4161 65	820	30	4340 »	49137 67	1107 72	
XXI...	1887		4337 80	870	27	3750 »	51404 52	2266 85	
XXII..	1888		4262 20	2490	32	4475 »	54593 78	3189 26	
XXIII..	1889		4322 50	350	14	1272 »	58471 23	3877 45	
XXIV..	1890		24 »	1600	21	2642 05	59276 28	805 05	
XXV..	1891		20 »	1500	17	1515 »	61340 05	2063 75	

Effectif des malades à l'Asile Saint-Pirminsberg.

1891.

1er janvier.	1er avril.	1er juillet.	1er octobre.	31 décembre 1891.
—	—	—	—	—
			H. F. Tot.	H. F. Total.
320	322	325	159 159 318	148 158 306

1892.

H. F. Tot.	H. F. Tot.	H. F. Tot.	H. F. Tot.	H. F. Tot.
148 158 306	148 161 309	91 101 192 (1)	106 110 216	107 109 216

(1) Cette forte diminution provient du fait que 120 malades ont été transférés le 28 juin à l'Asile de Wyl qui venait d'être inauguré.

Effectif des malades à l'Asile de Wyl (1).

Le 1er juillet 1892.

1er juillet.			1er octobre.			31 décembre 1892.		
H.	F.	Total.	H.	F.	Total.	H.	F.	Total.
60	60	120	83	86	169	90	105	195

Thurgovie.

Ce canton, exclusivement agricole, dont le chef-lieu Franc-feld atteint à peine six mille habitants, comptait au recensement du 1er décembre 1888 une population de 104,678 hab., dans 8 districts et 212 communes locales (protestants 74,219 — catholiques 30,210).

La société Thurgovienne de secours aux aliénés a été fondée le 3 novembre 1869 à Kreuzlinger par l'initiative du docteur Henne qui était médecin-directeur de l'asile cantonal de Münsterlinger avant d'être appelé à la direction de Saint-Pirminsberg. Un mois auparavant, le 4 octobre 1869, le docteur Henne avait développé sa proposition à la réunion de la société Thurgovienne d'utilité publique à Bischofszell, et démontré la nécessité de fonder une société de secours pour venir en aide aux aliénés indigents et pour combattre les préjugés populaires qui sont si funestes aux malheureux atteints de maladies mentales. Dès la première année, le nombre dés membres de la société s'est élevé à 331. La cotisation annuelle fut fixée à 1 franc par membre.

Sept rapports ont paru jusqu'à présent sur l'activité de la société de 1870-1887 (2). Le huitième, 1887-1892, est actuellement à l'impression, ainsi que me l'annonce M. le directeur Frank, le nouveau directeur de Münsterlinger, qui a eu l'obligeance de m'envoyer les renseignements.

I. Rapport 1870 et 1871. — Ce rapport, présenté à l'assemblée générale de Weinfelden, le 6 mai 1872, renferme, outre le discours d'ouverture (où le président retrace le but de la société) un travail très complet du docteur Henne sur « l'aliénation et les asiles d'aliénés ».

IIe et IIIe Rapport 1875 et 1876 présenté à l'assemblée générale de Romanshorn, le 9 juillet 1877. Nous empruntons les données sui-

(1) L'Asile de Wyl a été ouvert le 28 juin et placé dans la direction du Dr Schiller.
(2) En réalité, il n'y a que six rapports imprimés, le 3e faisant directement suite au premier. — Nous manquons ainsi de renseignements sur les années 1872, 1873 et 1874.

vantes à l'intéressant historique publié dans ce rapport par le docteur L. Biuswanger de Kreuzlinger sur « l'organisation de l'assistance des aliénés dans le canton de Thurgovie ».

L'auteur étudie cette organisation dans trois époques différentes. La première période s'étend de la fondation de l'asile de Munsterlingen en 1839 à sa première réorganisation en 1849. La seconde (1850-1870) se termine avec la fondation de l'asile des vieillards à Saint-Catharinenthal, et la troisième depuis cette fondation jusqu'en 1877.

Avant 1838, les aliénés étaient gardés dans leurs familles, parfois enfermés dans des réduits obscurs et enchaînés, ou placés dans les maisons des pauvres (Armenhaus). Exceptionnellement, on appelait un médecin ou, si les moyens pécuniaires le permettaient, on allait en consulter un dans les cantons voisins.

Ces misères étaient vivement ressenties par les Thurgoviens et le 10 janvier 1826 un groupe de philanthropes adressa à la population pour la création d'un fonds capital destiné à l'érection d'un asile d'aliénés. Au mois de mai 1828, cette somme avait déjà atteint le chiffre de 133,000 francs, considérable pour l'époque, surtout si l'on tient compte du fait que le don le plus élevé était de 4,000 francs. L'abbaye des bénédictins de Münsterlinger, aux bords du lac de Constance, abandonnée depuis longtemps, fut consacrée à l'hôpital cantonal et un quartier distinct, une dépendance du couvent, sur les rives mêmes du lac, fut affecté aux aliénés. En 1839, seize aliénés furent internés dans cet asile provisoire et reçurent les soins du médecin de district, le docteur Gremli, à Woeschbach. L'hôpital cantonal et sa division des aliénés fut officiellement inauguré le 15 juin 1840. Pendant dix ans, un seul médecin-directeur soignait les aliénés et les autres malades : le docteur Brenner puis le docteur Merk. Mais l'asile, où l'on pouvait à peine interner 40 aliénés, présentait de nombreux inconvénients, s'aggravaient chaque année, de sorte que le grand conseil décida sa réorganisation complète en 1849.

Cette organisation ne put pas, cependant, remédier à tous les inconvénients. Le nombre des malades fut porté à cent et dépassa bientôt ce chiffre de beaucoup (167 en 1870) et le rapporteur dit qu'à l'honneur de son canton, l'asile de Münsterlingen était cependant un des meilleurs de la Suisse, dans cette période de 1850-1870. C'est dans cette période que fut fondée la société de secours qui a déjà rendu de grands services à la cause des aliénés. L'hospice des incurables de Saint-Catharinenthal fut ouvert le 1er mai 1871 et à cette date 32 incurables de l'asile de Münsterlingen y entrèrent. Malheureusement,

les communes prirent l'habitude de placer dans cet hospice leurs vieillards indigents et leurs infirmes, de sorte qu'il fut bientôt encombré d'un mélange de toutes les misères humaines. Aujourd'hui, le canton de Thurgovie va réorganiser complètement son établissement cantonal et construire un nouvel asile.

IV. Rapport 1877 et 1878. — A l'assemblée générale de Kreuzlingen le 7 juillet 1879, docteur Walter, directeur de Münsterlingen. « Soin et protection des aliénés. » Intéressante étude comparative du traitement dans les asiles, les colonies agricoles et les familles.

V. Rapport 1879 et 1888. — A l'assemblée générale de Weinfelden le 27 juin 1881. Docteur Walter. Comment faut-il se conduire vis-à-vis des aliénés ?

VI. Rapport 1881, 1882 et 1883. — A l'assemblée générale de Romanshorn, le 7 juillet 1884. Docteur Walter. « A quoi peut-on reconnaître l'existence d'une maladie mentale ? »

VII. Rapport 1884, 1885, 1886 et 1887. — A l'assemblée générale de Romanshorn, le 25 juin 1888. Docteur Walter. « L'asile des aliénés est un hôpital. »

Nos des rapports	Année.	Membres.	Cotisations.	Dons et legs.	Aliénés secourus.	Frais de secours.	Thurgovie.		Diminution.
							Capital.	Augmentation.	
I	1870	331	338 »	1922 »	»	»	2268 71	»	»
I	1871	607	900 96	313 65	5	89 50	3509 70	»	»
	1874	»	»	»	»	»	6689 07	»	»
III.....	1875	592	592 »	320 »	16	141 25	7721 69	1032 62	»
III.....	1876	573	606 »	710 63	»	271 10	9066 94	1345 25	»
IV.....	1877	618	622 75	206 25	8	522 45	9636 49	569 55	»
IV.....	1878	614	614 »	52 »	11	383 80	8182 14	»	1454 35
V......	1879	627	627 »	25 »	11	302 60	8749 54	567 40	»
V......	1880	605	605 »	646 75	11	345 30	10018 49	1268 95	»
VI.....	1881	680	687 »	120 »	19	827 »	10134 60	116 16	»
VI.....	1882	823	823 »	167 »	20	744 50	10741 45	606 85	»
VI	1883	551	551 »	110 »	14	570 »	11253 50	512 05	»
VI.....	1884	»	1023 »	620 »	26	933 40	12292 58	1039 08	»
VII....	1885	680	680 »	250 »	19	961 40	12704 01	411 43	»
VII....	1886	»	1073 »	»	22	1077 20	13193 67	489 66	»
VII....	1887	680	677 45	400 »	24	908 »	13814 15	620 48	»

Effectif des malades à l'Asile de Münsterlingen.

1891.

1er janvier.	1er avril.	1er juillet.	1er octobre.			31 décembre.		
			H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
166	161	164	71	87	158	70	83	153

1891.

H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
70	83	153	73	86	159	74	80	154	76	85	161	76	88	164

Asile de Saint-Katharinental.

			1892.			31 décembre 1891.		
			H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
228	230	230	93	132	225	86	136	222

1892. — 31 décembre 1892.

H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
86	136	222	84	136	220	84	136	220	83	135	218	84	135	219

Lucerne.

Ce canton formant cinq districts et 109 communes, comptait le 1er décembre 1888 : 105,360 habitants, dont 127,626 catholiques et 7,774 protestants.

Lunier disait en 1867 que rien n'avait été fait dans le canton de Lucerne pour la construction d'un asile d'aliénés, mais que cependant, on avait déjà recueilli à cette époque, dans ce but, une somme de 90,000 francs.

Aujourd'hui, ce canton tient le premier rang en Suisse pour le développement de sa société de secours aux aliénés qui fut fondée le 1er juillet 1873. M. le docteur Lisibach, médecin-directeur actuel de Saint-Urbain, m'a obligeamment confié la collection complète des rapports de la société Lucernoise, ce qui m'a permis d'en suivre, année par année, le développement et l'activité bienfaisante.

L'idée de fonder un asile d'aliénés dans ce canton remonte à 1860. C'est alors que l'on commença à recueillir les dons destinés à créer le fonds pour l'asile cantonal dont parle M. Lunier. Ce fonds dû, uniquement, à l'initiative populaire, s'élevait en 1870 à la somme de 170,000 francs. Or, cette même année, le 8 juin 1870, le grand conseil décréta la fondation d'un asile à Saint-Urbain, ancien couvent qui était resté pendant 25 ans sans utilisation. La somme recueillie par la souscription volontaire fut donnée à l'Etat de Lucerne le 1er juillet 1873. A cette date se fondait la société de secours aux aliénés. Deux initiatives différentes contribuèrent à la fondation de cette société. D'un côté, le gouvernement et de l'autre la société médicale sur la proposition du docteur Wille, présentement professeur de psychiatrie à Bâle et directeur du nouvel asile des aliénés de ce canton.

Le 12 août 1872, le conseil d'Etat de Lucerne soumettait au comité du fonds pour l'asile cantonal la question de s'enquérir s'il ne serait pas possible de consacrer une partie de la rente du fonds cantonal des aliénés à secourir les aliénés indigents et à aider dans ce but les communes pauvres. Sur cette demande, le comité décida de provoquer la formation d'une société de patronage pour les aliénés indigents du canton de Lucerne.

Entre temps, la société médicale avait aussi discuté cette question et exprimé le vœu que les secours du patronage fussent accordés, non seulement aux aliénés indigents, mais aussi aux aliénés guéris ou améliorés, au moment où ils sortent de l'asile. Le docteur Wille avait été chargé par le Comité de la société médicale de la Suisse centrale de traiter cette question dans une réunion qui eut lieu à Lucerne en octobre 1873. Le travail du docteur Wille a été publié dans *Irrenfreund* 1874, nº 4, page 49. Ce travail a exercé une influence décisive sur l'organisation de la société lucernoise de secours aux aliénés qui est devenue le point de départ de la fondation de sociétés analogues dans d'autres cantons suisses. Il nous paraît important, à ce point de vue, de résumer en quelques mots les idées du docteur Wille.

Après un court historique de la question qui se rattache aux noms de Pinel et de Conolly, l'auteur montre combien les aliénés ont besoin de secours et de protection. Ils sont méconnus et maltraités et partout les préjugés nourris contre eux leur causent un grave préjudice. Ils sont l'objet de tant d'inintelligence et de superstition qu'on ne les soigne pas au début de leur maladie alors qu'on pourrait les guérir. La première tâche que doive remplir la société de secours aux aliénés sera donc de répandre, autant que possible, des idées justes et saines sur les aliénés et sur l'aliénation mentale. Ces sociététés doivent lutter sans trève, contre les préjugés du public, s'efforcer de faire soigner les malades à temps, en faisant appeler immédiatement le médecin et enseigner que l'on doit traiter ces malades avec ménagement, sympathie, douceur, que la surveillance dont ils ont besoin, bien que stricte et vigilante, doit toujours être bienveillante.

Dans le traitement des aliénés, la chose la plus urgente, c'est le placement immédiat des malades à l'asile. Mais pour que cette mesure soit prise à temps, il faut de grands sacrifices qu'un grand nombre de familles ne peut accomplir. Les secours des communes viennent toujours trop tard et sont très insuffisants. La société devra y pourvoir. Elle s'occupera aussi de la femme et des enfants aban-

donnés à eux-mêmes. Dans d'autres cas, ce ne sont pas les secours matériels qui font défaut. Il s'agit de protéger les droits et les intérêts des malades, car les lois ne suffisent pas à tout et ne prévoient jamais tout. Il faut veiller aux intérêts des malades contre des tuteurs ou des parents avides et aussi parfois contre les sociétés d'assurance dans les cas de suicide. Le malade sort de l'asile plus pauvre, plus faible, découragé, anxieux de son avenir. Au lieu de la sympathie dont il a besoin, il trouve l'indifférence, l'hostilité, le mépris, la moquerie, la brutalité. Voilà pourquoi il y a tant de rechutes. Les sociétés mettront donc tous leurs soins à préparer au malade guéri qui va sortir de l'asile l'accueil amical qui le réconfortera. Un légèr secours suffira peut-être pour assurer son avenir. Une bonne parole, un bon conseil, au moment opportun, exerce souvent la meilleure influence sur le sort d'un aliéné guéri.

Les asiles les mieux organisés et les plus confortables sont loin de suffire aux besoins de l'assistance des aliénés et ne sauraient remédier aux conséquences si profondément tristes qu'un cas d'aliénation entraîne dans les familles, les communes et l'Etat. Ces malheureux ont besoin de si grands secours physiques et moraux que tous les citoyens doivent y contribuer selon leurs moyens, en s'associant afin d'agir selon les mêmes principes.

Ce que nous avons de mieux dans ce genre, dit Wille, vient de la France. C'est là que l'organisation des sociétés de patronage a pris naissance ; c'est en France également qu'elles se sont le plus répandues. Fondées par Falret père, en 1841, à la Salpêtrière, elles se sont répandues dans tous les départements, puis dans les grandes villes de Belgique. Dans quelques asiles, à Colney-Hatch en Angleterre et à Illenau (Bade) il existe un fonds pour secourir les aliénés sortants.

L'auteur rappelle les sociétés qui se sont créées depuis quelques années à Saint-Gall et en Thurgovie et qui rendent déjà de grands services. Il termine en indiquant les principes qui doivent servir de base à leur organisation pratique. La première condition à remplir c'est que la société doit se répandre partout et intéresser toutes les classes de la population riches et pauvres, hommes et femmes. Pour cela on doit fixer une cotisation annuelle modeste. Il faut aussi que les hommes influents de toutes les communes soient gagnés à la cause des aliénés. Un Comité central, en relations permanentes avec la direction de l'asile et avec les Comités locaux dans les districts et les communes. Enfin ce qui conduit au but, c'est le bon esprit dont sont

animés les membres, la bonne volonté, l'amour du prochain, le dévouement.

Wille avait élaboré un projet de statuts qui fut adopté par la société médicale, et comme le Comité du fonds cantonal avait, lui aussi, de son côté, rédigé un projet de statuts, les deux projets furent soumis à une discussion commune par les membres des deux Comités réunis. Le 8 juin 1874, les statuts définitifs furent adoptés et envoyés à tous les fonctionnaires dans le canton, pasteurs, médecins, instituteurs, etc. Aussitôt arrivèrent de nombreuses adhésions. La société reçut, dès la première année de son existence, des dons et legs importants. Des sociétés filiales se fondèrent dans différents districts et la société lucernoise de secours aux aliénés qui comptait 4 sections filiales dans 12 communes, en 1874, compte aujourd'hui (1892) 75 sections qui comprennent la presque totalité des communes du canton.

Nous avons eu le grand plaisir à lire les rapports publiés par la société et nous regrettons de ne pas pouvoir en donner ici des extraits; nous devons nous borner à indiquer les titres des sujets qui ont été traités dans les assemblées générales ou publiés dans les rapports, comme nous l'avons fait pour les cantons précédents. Nous terminerons aussi par un tableau statistique dont les chiffres feront connaître le développement progressif de l'activité de la société lucernoise de 1874-1891.

I. Rapport 1874. — Docteur Wille, directeur de Saint-Urbain. « Les aliénés et les asiles d'aliénés. »

II. Rapport 1875. — Docteur Fetscherin, nouveau directeur de Saint-Urbain. « La tâche de notre société. » Docteur Bucher, conseiller d'Etat, mémoire présenté à l'assemblée générale de la société le 14 juillet 1875 à Lucerne. « Des sociétés de secours aux aliénés en Suisse. »

III. Rapport 1876. — Docteur Fetscherin. « L'établissement de Saint-Urbain » précédé d'un historique des asiles en Suisse et suivi de la statistique des aliénés dans le canton de Lucerne, de 1868-1875. Assemblée générale à Lucerne.

IV. Rapport 1877. — M. Gehrig, conseiller d'Etat, discours d'ouverture de la 4e assemblée générale à Sursee. Docteur Fetscherin. « Un jour dans la vie de l'asile.. »

V. Rapport 1878. — Docteur Fetscherin. « Sur la nécessité d'un asile pour le traitement et la guérison des aliénés » à l'assemblée générale réunie à Emmenbaum, le 12 juin 1879.

VI. Rapport 1879. — Docteur Fetscherin. Discours de bienvenue à l'assemblée générale réunie à Saint-Urbain, le 12 septembre 1880.

VII. Rapport 1880. — Docteur Stocker de Rusweil. « Les causes des maladies mentales » discours prononcé à l'assemblée générale de Wohlhausen, le 23 octobre 1881.

VIII. Rapport 1881. — Docteur Fetscherin. « Sur les diverses causes des troubles psychiques. » Assemblée générale de Dagmersellen, le 4 juin 1882.

IX. Rapport 1882. — Docteur Fetscherin. « Sur la conduite à tenir vis-à-vis des aliénés. Assemblée générale de Emmenbaum.

X. Rapport 1883. — Docteur Lisibach, médecin-adjoint à Saint-Urbain. « La question de l'alcool, » à l'assemblée générale de Hitzkirch, le 29 juin 1884.

XI. Rapport 1884. — Docteur Euzmann, médecin à Schüpfheim « De l'alimentation rationnelle du peuple » question connexe à celle de l'alcoolisme. Assemblée générale d'Eutlebuch, le 16 août 1885.

Rapport sur l'activité de la société pendant les dix premières années de son activité, par le secrétaire J. Bucher, instituteur secondaire.

L'auteur fait un historique détaillé de la fondation de l'asile cantonal et de celle de la société de secours, puis il donne le tableau des subsides en argent distribués dans tous les districts pendant ces dix années (voir le tableau statistique annexé). Mais la société poursuit un but plus élevé ; outre les secours matériels, elle donne aussi des secours moraux et voici comment le rapporteur en dresse le bilan. Les membres et surtout les correspondants ne se lassent point de faire comprendre aux familles qu'il faut placer de suite à l'asile les malades pendant que leur guérison est encore possible. Tous les rapports font mention de la lutte incessante de la société contre les préjugés populaires relatifs aux asiles, aux aliénés et aux maladies mentales. Cet enseignement permanent du peuple a porté ses fruits. On peut dire aujourd'hui que dans le canton de Lucerne on comprend mieux le traitement qui convient aux malheureux frappés d'aliénation. Les préjugés, la honte, la raillerie sont disparus. On ne parle plus des « fous » et des « toqués. » On sait que ce sont des malades et on compatit à leurs souffrances. Les familles frappées par le plus grand des malheurs ont été encouragées et réconfortées.

La reconnaissance s'est éveillée ; la désespérance a fait place à une nouvelle énergie. On s'est mis avec ardeur au travail et l'espoir de meilleurs jours a fortifié les courages abattus. Nous pouvons dire, conclut l'auteur, que le peuple est devenu meilleur en pratiquant la bienfaisance et que l'esprit de l'amour du prochain a produit partout dans le canton d'heureux résultats.

XII. Rapport 1885. — Docteur Fetscherin, à l'assemblée générale de Willison, le 25 juillet 1886. « Encore un mot sur la question de l'alcoolisme ».

XIII. Rapport 1886. — Docteur Fetscherin, à l'assemblée générale de Seupach, le 13 juillet 1887. « Des soins que réclament les aliénés ».

XV. Rapport 1888. — Docteur Fetscherin, à l'assemblée générale de Hochdorf, le 4 août 1889. « De l'occupation des aliénés dans les asiles ».

XVI. Rapport 1889. — Docteur Lisibach, nouveau directeur de Saint-Urbain, à l'assemblée générale de Reiden, le 29 juin 1890. « De la conduite des parents vis-à-vis de leurs malades ».

L'auteur traite ce sujet en deux parties :

I. Comment les parents doivent se conduire pendant le développement de la maladie et immédiatement après le placement dans l'asile.

II. Rapports des parents avec le malade pendant son internement dans l'asile.

XVII. — Rapport 1890. — Docteur Lisibach à l'assemblée générale de Schüpheim, le 30 août 1891. « Des moyens et des mesures à prendre pour prévenir les maladies mentales et éviter leurs rechutes. »

Nous n'avons pas cité jusqu'ici les rapports annuels remarquables de M. Bucher, sur l'activité de la société lucernoise. Nous devons, cependant, dire quelques mots de celui de 1890 qui renferme un aperçu général sur cette activité. L'auteur passe en revue les résultats obtenus depuis 17 ans et se demande s'ils répondent au but qu'on s'était proposé lors de la fondation de la société.

Le premier but poursuivi était le relèvement et le développement de l'assistance des aliénés dans le canton. On peut répondre qu'aujourd'hui c'est un fait accompli. Dès la création de l'asile de Saint-Urbain, on avait compris qu'il ne pourrait rendre tous les services qu'on attendait de lui si la population du canton ne s'y aidait pas activement. La grande extension prise par la société a dissipé les méfiances nourries contre l'asile et le préjugé répandu qu'on ne pouvait pas y guérir les malades. L'œuvre éducatrice de la société s'est fait sentir dans toutes les communes. Le peuple a été éclairé sur les causes, la nature et le traitement des maladies mentales. Il est certain que les vues plus justes sur l'aliénation et les connaissances généralement répandues de ses premiers symptômes et de ses véritables causes ont contribué pour beaucoup à la diminution du nombre des malades dans le canton de Lucerne. Les statis-

tiques de l'asile de Saint-Urbain prouvent que le pour cent des guérisons augmente d'année en année, ce qu'on peut attribuer sans doute pour une bonne part au fait des placements de plus en plus rapides des malades sous l'influence des membres de la société. Les conférences populaires et la publication des rapports ont vulgarisé les connaissances psychiatriques pratiques que chacun doit posséder.

Un second but était de faciliter l'entrée dans l'asile et ce but a été largement atteint. La société a rendu possible le placement et les soins immédiats à des centaines de malades qui n'avaient pas les moyens de les payer. Voilà le vrai champ de l'activité de la société de secours aux aliénés, que l'on apprécie toujours davantage dans le public. Combien de guérisons des pauvres malades ont-elles été obtenues parce qu'on a pu les placer assez vite à l'asile! On a reconnu maintenant l'importance de ce placement rapide et l'on est arrivé partout à la conviction que c'est le premier devoir à remplir vis-à-vis d'un malade.

Troisièmement, on voulait venir en aide aux malades sortant de l'asile, aussi longtemps qu'ils en ont besoin et qu'ils ne peuvent se tirer d'affaire eux-mêmes. La société veille avec sollicitude sur ce convalescent qui rentre dans la vie sociale ; elle est prête à le fortifier moralement et physiquement ; elle va s'efforcer de réveiller sa confiance en lui-même, de le réconforter, d'écarter les soucis qui l'attendent et de lui fournir du pain et du travail. Ici, on ne saurait déployer trop de zèle. C'est dans l'intérêt de la caisse de la société ! — car une rechute coûte plus cher que toutes les sommes dépensées pour l'empêcher.

Une tâche indirecte très-importante de la société est celle qui consiste à relever, consoler, encourager les familles. Lorsqu'elle sent qu'on lui vient en aide et qu'on prend une part active à son malheur, au lieu de s'abandonner, la famille s'efforce à son tour de faire face aux lourdes charges qui lui incombent. Elle vit de peu, se restreint, économise, travaille opiniâtrement et triomphe enfin des plus grandes difficultés. Le secours moral et matériel accordé au bon moment a été le meilleur stimulant pour combattre le découragement.

Un fait réjouissant signalé par le rapporteur, et qui suffit à montrer que les principes de la société sont de mieux en mieux compris et appliqués, c'est que, dans bien des cas, chaque année plus nombreux, le secours accordé n'a pas été dépensé, parce que le malade, placé à temps, n'a pas fait à l'asile un séjour aussi prolongé qu'on l'avait supposé.

XVIII. Rapport 1891. — Docteur Lisibach, à l'assemblée générale de Ruswil, le 3 juillet 1892 « sur les zones limitrophes des maladies mentales. »

La société Lucernoise de secours aux aliénés a, maintenant, des représentants dans toutes les communes du canton. Elle est en pleine prospérité et sert de modèle aux sociétés des autres cantons.

Lucerne.

Numéros	Années.	Membres.	Cotisations.	Dons et legs.	Aliénés secourus.	Frais.	Capital.	Augmentation annuelle.
I......	1874	309	744 »	2134 35	4	331 95	14328 20	» »
II......	1875	609	915 »	2780 53	7	653 80	17557 20	3229 06
III.....	1876	767	1618 »	9297 70	14	2551 55	26672 47	9115 21
IV.....	1877	1361	2722 10	5122 »	18	2993 15	32518 38	5845 91
V.....	1878	1596	3017 »	2052 »	34	4916 30	33934 03	1415 65
VI.....	1879	1654	3253 »	4090 »	42	5230 86	38058 91	4124 88
VII....	1880	1720	3462 »	1245 »	39	4427 50	39335 43	1460 32
VIII....	1881	1864	3452 20	3177 90	38	4561 »	42318 94	2983 51
IX.....	1882	2092	4118 »	4517 »	47	4624 50	47634 77	5130 83
X......	1883	2245	4290 »	5686 90	48	5595 40	53413 88	5779 11
XI.....	1884	2436	5011 »	2950 »	55	6626 45	55636 93	2223 16
XII....	1885	2531	4856 »	4218 48	73	7011 82	59004 29	3367 36
XIII....	1886	2614	5147 »	2295 »	66	7400 35	60668 33	1664 06
XIV....	1887	2541	5240 50	11602 84	65	6864 50	70875 45	10207 12
XV....	1888	2791	5580 50	3595 60	62	6656 »	74996 13	4120 68
XVI....	1889	2787	5408 »	6614 63	83	9146 60	79358 54	4363 41
XVII...	1890	2834	5553 »	5208 22	77	8252 10	83599 95	4241 44
XVIII..	1891	2881	5655 50	3727 63	83	8597 60	84898 23	1298 28

En 1874, la Société comptait 4 sections. En 1883, il y en avait 59; en 1884, 68; en 1886, 71, et en 1890, 75. — La cotisation annuelle est fixée à 2 francs. Le maximum des secours accordés à un malade pendant une année est fixé à 200 francs.

Asile de Saint-Uurbain.

Effectif total.

1891.

1er janvier.	1er avril.	1er juillet.	1er octobre.			31 décembre.		
			H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
393	395	408	185	211	396	191	198	389

1892.

1er janvier.			1er avril.			1er juillet.			1er octobre.			31 décembre.		
H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
191	198	389	190	205	395	197	204	401	201	206	407	203	207	410

Zurich.

Deux ans après Lucerne, le canton de Zurich suivait son exemple La sociéte zuricoise de secours aux aliénés fut fondée le 10 décembre 1875. Un appel à la population zuricoise fut lancé, à cette date, par un comité d'initiative de vingt membres, présidé par le professeur Hitzig et qui comptait dans son sein les professeurs Huguenin et Horner (le célèbre oculiste), le docteur Moor, directeur de l'asile-hospice de Rheineau et plusieurs autres médecins, pasteurs, professeurs, etc. La société fut constituée; 271 répondirent à l'appel et versaient la première année 2,505 francs de cotisations, auxquels s'ajoutèrent 9,094 francs de dons. Un comité de 7 membres fut nommé et les statuts adoptés.

Le canton de Zurich comptait au 1er décembre 1888 une population de 337,183 habitants (293,576 protestants ; 39,768 catholiques), dans 11 districts et 200 communes.

Le premier asile d'aliénés qui fut construit à Zurich remonte à 1814. Il était placé au centre de la ville, près de l'ancien hôpital et fonctionna jusqu'en 1867. L'abbaye de Rheinau, sur le Rhin, sécularisée par suite de la suppression des couvents, devint la propriété de l'Etat en 1862. Par un décret du grand conseil du 1er juillet 1863 cette abbaye fut transformée en asile hospice d'aliénés et complètement reconstruite pour être adaptée à son nouveau but et recevoir 500 aliénés. En 1867, les constructions étaient assez avancées pour qu'on puisse y faire entrer des malades et le 7 septembre de la même année on comptait à Rheinau 451 malades (211 hommes, 240 femmes) et le personnel d'infirmiers nécessaire.

Le 27 janvier 1864, le grand conseil vota 2,200,000 francs pour la construction de l'asile de Burghoelzli auxquels vint s'ajouter un fonds de 650,000 francs recueilli dans le même but. Cet asile destiné à recevoir 250 malades fut inauguré le 1er juillet 1870 et eut pour premier directeur le docteur Gudden. Au recensement du 1er décembre 1888, l'asile de Burghoelzli renfermait 358 malades et celui de Rheinau 650 (voir de ce tableau annexe l'effectif des années 1891 et 1892.) Depuis bien des années, ces deux asiles sont encombrés, et l'on songe à en créer de nouveaux.

La société zuricoise de secours aux aliénés a publié 16 rapports de 1876 à 1891. Nous allons les passer rapidement en revue, nous bornant à signaler, dans chacun d'eux, les sujets traités en renvoyant au tableau annexe les renseignements statistiques annuels.

I. Rapport 1876. — Contient l'appel du Comité provisoire, les statuts, le rapport sur l'activité de la société. La liste nominative des correspondants dans les différents districts. Une circulaire donnant des instructions détaillées aux correspondants ; les comptes financiers de l'année et enfin la liste complète de tous les membres.

II. Rapport 1877. — Outre les communications officielles sur l'activité de la société que nous ne mentionnerons plus, ce rapport contient un travail du docteur Moor, directeur de Rheinaü sur « La nature des maladies mentales et les mesures à prendre à leur début. »

III. Rapport 1878. — Docteur Moor. « De l'assistance des aliénés et de sa réorganisation dans le canton de Zurich. » L'auteur réclame avant tout une statistique exacte qui serve de base à cette réorganisation.

IV. Rapport 1879 renferme le procès-verbal de la première assemblée générale de la société Zuricoise, le 26 mai 1880 et un travail du professeur docteur A. Forel, nouveau directeur du Burghœlgli et président de la société sur « les causes les plus importantes des maladies mentales et la meilleure manière de les combattre. »

V. Rapport 1880 renferme le procès-verbal de l'assemblée générale extraordinaire qui fut tenue le 18 octobre pour la révision des statuts et un travail du professeur Forel sur « la nature et les diverses espèces de troubles mentaux. »

VI. Rapport 1881. — Professeur docteur Forel. « Sur l'organisation de l'assistance des aliénés, spécialement en Ecosse et chez nous à Zurich. »

VII. Rapport 1882. — Docteur A. de Beust, médecin-praticien. « Du diagnostic et du traitement des maladies mentales. »

VIII. Rapport 1883. — Docteur H. Nægeli, médecin-praticien. « Statis. de nos aliénés. »

IX. Rapport 1884. — Professeur docteur Forel. « Pourquoi, quand et comment enferme-t-on les hommes dans un asile d'aliénés ? Folie, loi, morale et établissements pénitentiaires. »

X. Rapport 1885. — Professeur docteur Forel « Un mot sur la question de l'alcoolisme. »

XI. Rapport 1886. — Docteur Bleuler, directeur de Rheineau. « Les causes de l'encombrement de nos asiles. »

XII. Rapport 1887. — « Des rapports de la vie religieuse avec les maladies mentales » par le pasteur Julius Studer, senior à Hottingen, membre du Comité.

Le rapport de 1887 renferme le premier compte financier du capital

réuni par l'initiative de la société de secours pour la fondation d'un « asile destiné aux buveurs », capital qui se montait au 31 décembre 1888 à 2,247 francs 95 centimes.

XIII. Rapport 1888. — Le Comité de « l'asile pour buveurs » s'est constitué d'une manière indépendante et a fondé une société distincte qui s'est séparée de la société de secours aux aliénés afin de poursuivre son but spécial. L'asile a été fondé à Ellikon sur le Thur.

Un rapport du professeur docteur Forel « sur la statistique des aliénés dans le canton du Zurich. »

XIV. Rapport 1889. — Docteur L. Frank, médecin-adjoint à l'asile du Burghœlzli (actuellement médecin-directeur de Münsterlingen). « De la conduite à tenir vis-à-vis des aliénés. »

XV. Rapport 1890. — Docteur E. Bleuler, directeur de Rheinau. « Le traitement des aliénés dans les familles. »

XVI. Rapport 1891. — Docteur Forel, directeur de Burghœlzli. « L'aliénation dans l'enfance et la jeunesse. » — Extrait des comptes-rendus de la première conférence suisse pour l'assistance des idiots à Zurich.

Bien qu'elle n'ait pas pris l'extension populaire des sociétés de Saint-Gall et de Lucerne, la société Zuricoise de secours aux aliénés, outre son activité spéciale dont on trouvera de nombreux témoignages dans les rapports, a exercé néanmoins une influence bienfaisante dans le canton en prenant l'initiative de la fondation de l'asile pour le relèvement des buveurs. C'est à elle que l'on doit aussi la statistique des aliénés du canton de Zurich qui a été publiée en 1890 par le bureau cantonal de statistique. Dès 1878, le docteur Moor réclamait une statistique exacte des aliénés devant servir de base aux mesures à prendre dans le canton pour la réorganisation de l'assistance. Plus tard le professeur Forel et le docteur Naegeli insistent sur ce point. L'assemblée générale du 21 juin 1883 décida, sur la proposition du Comité, que l'on demanderait une statistique officielle des aliénés et sa prise à jour permanente. On avait déjà manifesté en 1880 le désir de voir établir cette statistique à l'occasion du recensement fédéral, mais cela ne put avoir lieu. On renouvela le même désir lorsque fut annoncé le recensement fédéral du 1er décembre 1888. Mais cette proposition ne fut pas acceptée à Berne pour toute la Suisse. Le bureau cantonal de Zurich se chargea par contre de faire faire conjointement avec le recensement fédéral la statistique des aliénés dans le canton. Les précautions les plus minutieuses furent prises pour que cette statistique fût faite par des médecins compétents. Nous ne pouvons

donner ici un résumé, même très-succinct, des renseignements nombreux et importants qui ont été ainsi obtenus.

Nous nous bornons à citer les chiffres suivants qui nous paraissent utiles à connaître pour comprendre l'étendue du champ d'activité de la société Zuricoise de secours aux aliénés.

Statistique des aliénés du canton de Zurich.

1er décembre 1888.

RÉSULTATS GÉNÉRAUX.

	H.	F.	Total.	Célibataires.	Mariés.	Veufs.	Divorcés.
	1,542	1,719	3,261	2,586	341	208	126
°/o	47,3	52,7	100	79,3	10,5	6,4	3,8

				SOIGNÉS.					
				famille étrangère.		ASILES.			
AISÉS.	PAUVRES.	ASSISTÉS.	dans leur famille.	gratuite.	payant.	privés.	publics.	(Orphelinats.) Maison de charité.	TOTAL.
1004	1100	1157	1350	65	385	370	1013	78	3261
°/o 30,8	33,8	35,4	41,4	2,0	11,8	11,3	31,1	2,4	100

1595 soit 48,9 °/o sont atteints d'affections congénitales (imbécillité, idiotisme, crétinisme).

1666 — 51,1 °/o — — acquises dont { curables... .... 11,9 °/o. incurables.......... 64,3 °/o.

D'après cette statistique, on compte dans le canton de Zurich 29 aliénés sur 10,000 habitants.

Zurich.

Nos	Années.	Membres.	Cotisations.	Dons et legs.	Aliénés secourus.	Frais.	Capital.
I.	1876	271	2505	9094	13	429	10572 28
II	1877	262	2439 88	131	11	549 50	12734 26
III	1878	258	2437	500	14	420	15636 62
IV.....	1879	246	2358	20	12	323 95	17955 63
V	1880	259	2374	178 05	22	1033	16178 05
VI.....	1881	247	2274	266	48	1782 10	16444 05
VII....	1882	241	2253 70	405	51	1599 20	16849 05
VIII...	1883	251	2131 35	523	52	2234	17372 05
IX.....	1884	249	2405 35	205	50	1854 65	17577 05
X.....	1885	246	2095	10	67	2659 07	17587 05
XI.. ..	1886	242	1962 20	555	68	2376 30	18142 05
XII....	1887	234	1901 30	2400	86	2990 60	20542 05
XIII...	1888	273	1873 86	3260	86	3054 40	23802 05
XIV...	1889	274	2202 85	1177	105	2910 25	24979 05
XV....	1890	324	2238 94	1800	132	3557 78	26779 05
XVI...	1891	379	2363 60	1837	151	4449 75	28616 05

Effectif des malades.

Asile de Burghœlzli.

1891.

1er janvier.	1er avril.	1er juillet.	1er octobre.			31 décembre.		
—	—	—	—			—		
			H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
361	363	366	176	185	361	168	179	347

1892.

1er janvier.			1er avril.			1er juillet.			1er octobre.			31 décembre.		
H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
168	179	347	166	185	351	182	191	373	175	181	356	178	191	369

Asile de Rheinau.

1891.

1er janvier.	1er avril.	1er juillet.	1er octobre.			31 décembre.		
—	—	—	—			—		
			H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
648	649	650	299	351	650	301	350	651

1892.

1er janvier.			1er avril.			1er juillet.			1er octobre.			31 décembre.		
H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
306	356	662	304	357	661	302	359	661	307	356	663	306	357	663

EXTRAIT DES STATUTS

Révisé de la société zuricoise de secours aux aliénés du 18 octobre 1880.

§ 1er. — La société zuricoise de secours aux aliénés a pour but:

(*a*) De prévenir les rechutes chez les malades sortants guéris ou améliorés des asiles du canton et de faciliter, au moment opportun, l'entrée des malades dans ces asiles.

(*b*) D'aider au paiement des frais dans les asiles publics du placement des pauvres qui ne sont pas entretenus par leurs communes.

(*c*) De répandre des vues justes sur la nature des maladies mentales et sur les mesures à prendre lors de leur apparition.

(*d*) De contribuer au progrès général de l'assistance publique des aliénés.

Les autres articles fixent les droits des membres, le minimum des cotisations, la manière dont les secours de toute nature, matériels et moraux, doivent être délivrés aux malades et à leurs familles, les fonctions du comité, l'ordre du jour des réunions triennales des assemblées générales, etc.

Appenzell (Rhodes extérieures).

Le recensement fédéral du 1er décembre 1888 indique pour ce canto n une population de 54,109 habitants (49,549 protestants, 4,560 catholiques), dont 3 districts et 20 communes.

La Société d'utilité publique, réunie à Heiden, le 30 juillet 1877 (1), décida la fondation d'une société de secours aux aliénés indigents et nomma dans ce but une commission qui s'occupa activement de l'organisation de la nouvelle société, prépara des statuts et s'efforça de créer un fonds capital. L'appel de ce comité rencontra un sympathique écho dans le pays ; il se trouva dans toutes les communes des hommes généreux qui prirent résolûment la chose en mains, et dès les premières années, le nombre des membres atteint le chiffre de plusieurs centaines ; en 1887, il était de 973. Actuellement, il dépasse le millier. On ne peut donc plus dire, désormais, avec Lunier, que ce canton, en ce qui concerne le service des aliénés, est un des plus arriérés de la Suisse.

La commission de la société appenzelloise de secours aux aliénés, composée de 7 membres, a publié 14 rapports de 1877 à 1892, dont nous allons donner l'énumération.

I. Rapport de juillet 1877 à juillet 1879 à l'assemblée de la société d'utilité publique réunie à Herison, le 4 août 1879. Le président, le pasteur Lutz, à Speicher, fait rapport sur l'activité de la société, le placement des aliénés du canton à Münsterlingen, combat, chemin faisant, les préjugés que l'on rencontre partout contre les asiles et recommande aux membres d'y faire placer le plus rapidement possible les aliénés dont ils auraient connaissance.

II. Rapport de juillet 1879 à juillet 1880 sur l'activité de la société par le secrétaire docteur Koller, à Hérison. Le caissier, docteur Schlaepfer, à Trogen, traite d'une manière populaire de la question suivante : « Les maladies mentales, leur genèse et leur marche. »

III. Rapport de juillet 1880 à juillet 1881 à la réunion de la société appenzelloise d'utilité publique, le 1er août 1881, à Gais. Le président Lutz traite longuement de la question de l'assistance des aliénés dans ce canton et de la nécessité de fonder un asile cantonal.

IV. Rapport de juillet 1881 à juillet 1882. — Le 7 août 1882, à Tenfen, la société d'utilité publique a décidé la création d'un asile d'aliénés pour le canton d'Appenzell. Le docteur E. Schlaepfer, de Trogen, lit un mémoire intitulé : « Maladie et aliénation ».

(1) Un premier appel du 9 juin 1873 était resté sans résultat.

V. Rapport de juillet 1882 à juillet 1883. — Outre son activité ordinaire, la commission a consacré plusieurs séances à la discussion d'un projet de statistique cantonale des aliénés appenzellois pour établir, par des chiffres, la nécessité de la construction d'un asile cantonal et en fixer les bases. Le docteur Kürsteiner, de Gais, a traité ce sujet dans l'assemblée annuelle de la société d'utilité publique, sous le titre : « De l'utilité d'une statistique cantonale des aliénés ».

VI. Rapport de juillet 1883 à juillet 1884. — Le rapport du président Lutz, s'occupe toujours essentiellement du futur asile cantonal. Il traite aussi des causes de l'aliénation mentale, surtout de l'alcoolisme.

VII. Rapport de juillet 1884 à juillet 1885. — Le docteur Zurcher, secrétaire, rapporte sur l'activité de la société et insiste sur l'action bienfaisante qu'exerce sur une population la présence d'unasile.

VIII. Rapport de juillet 1885 à juillet 1886 du docteur Zurcher, qui répète à la fin de son rapport son *iterum censeo* : « La création d'un asile cantonal pour Appenzell (Rhodes extérieures), est une nécessité urgente. »

IX. Rapport de juillet 1886 à juillet 1887. — Le président Lutz fait un tableau de l'activité de la société pendant les dix premières années. Le nombre de ses membres est actuellement de 833. La société a secouru 59 aliénés indigents, avec une dépense totale de 24,886 francs 40 centimes. La difficulté de placer nos malades dans les asiles des cantons voisins, déjà encombrés, a fait sentir de plus en plus la nécessité de construire un asile appenzellois. La société a porté cet objet en permanence à son ordre du jour et a travaillé activement à réunir dans ce but un fonds capital qui se monte aujourd'hui à 52,724 francs.

X. Rapport de juillet 1887 à juillet 1888 du docteur Wiesmann, à Hérisan, membre du Comité, qui traite à son tour de l'activité de la société et du sujet qui l'intéresse le plus, la création de l'asile cantonal. L'asile de Bâle, si éloigné, reste seul ouvert aux aliénés appenzellois, de sorte que l'urgence de la construction d'un établissement s'impose de plus en plus.

XI. Rapport de juillet 1888 à juillet 1889 du docteur Zurcher, secrétaire, qui montre par les chiffres de la statistique combien il est nécessaire de placer les aliénés aussitôt que possible dans un asile, pour obtenir leur guérison. Le fonds capital pour la création de l'asile augmente chaque année, et l'opinion publique réclame toujours plus vivement cette création.

XII. Rapport de juillet 1889 à juillet 1890 du pasteur Eugster, membre de la commission, qui se borne à parler de l'activité de la société de secours pendant l'année courante.

XIII. Rapport de juillet 1890 à juillet 1891 du docteur Zurcher, secrétaire, qui fait suivre son rapport d'une étude populaire sur le traitement et l'assistance publics des aliénés, empruntée avec le consentement de l'auteur, au manuel récemment publié du docteur Scholz, de Brême.

XIV. Rapport de juillet 1891 à juillet 1892 du docteur Wiesmann qui a la joie d'annoncer que les vœux de la société vont enfin être exaucés et que la Landsgemeinde du 24 avril 1892 à Trogen a décidé qu'une partie du dixième du monopole fédéral de l'alcool sera capitalisé chaque année pour la fondation de l'asile des aliénés.

La société appenzelloise de secours aux aliénés a donc aussi rendu de grands sesvices à la cause de ces malheureux dans ce petit canton.

Elle a poursuivi son but avec persévérance et a fini par triompher de toutes les difficultés et de tous les obstacles en intéressant le peuple à la création d'un asile cantonal et en lui démontrant la nécessité de cette création. Le caractère essentiel de cette société c'est d'avoir réussi à pénétrer dans toutes les communes du canton et dans toutes les couches de la population. La société appenzelloise de secours aux aliénés est vraiment populaire, dans le meilleur sens du mot. Elle présente ce caractère à un degré plus prononcé encore que celles des cantons de Saint-Gall, de Thurgovie et de Lucerne, car le nombre de ses membres est beaucoup plus élevé relativement à la population du canton.

Appenzell (*Rhodes extérieures.*)

Nos	Années.	Cotisations	Dons et legs.	Aliénés secourus.	Frais.	Capital.	Fonds pour l'asile cantonal.
I....	1877-1879	1868 30	1300	5	516 05	3445 95	
II...	1879-1880	1627 80	—	3	401 95	3871 35	
III...	1880-1881	1522	1500	2	604	5807 25	
IV...	1881-1882	1446	345	2	2572 28	6145 46	100
V....	1882-1883	1464 50	2761 23	2	2270 60	5021 58	2861 23
VI...	1883-1884	1838 50	34442 59	2	4110 42	5021 58	44249 39
VII..	1884-1885	1897 25	7092	—	4378 50	6021 58	52724 66
VIII.	188[illegible]-1886	2232	600	total	4089 73	6646 58	55973 42
IX...	1886-1887	2737	927 98	59	3208 80	6646 58	60408 85
X...	1887-1888	3415 50	avec dons et legs	20	9812 70	6804 94	65666 30
XI...	1888-1889	9564 85	et intérêts	15	6333 30	7104 94	70336 80
XII..	1889-1890	15845 91	recette totale.	21	10657 66	7801 66	74915 38
XIII.	1890-1891	4113 50	1104 92	32	13575 25	8619 33	79283 35
XIV.	1891-1892	9418 55	avec dons et legs	38	17015 65	8619 33	91251 70

Grisons.

Le recensement du 1er décembre 1888 attribue à ce canton 94,810 habitants dans 14 districts, 39 cercles et 223 communes (51,937 protestants, 42,873 catholiques). Chaque district renferme plusieurs « cercles » réunissant un certain nombre de communes d'une même région. Lunier remarque que c'est le canton le plus réfractaire à tout ce qui peut ressembler de près ou de loin à la centralisation. Il ne saurait en être autrement dans un pays formé de vallées indépendantes, séparées entre elles par les cols les plus élevés des Alpes.

Le conseil sanitaire, sur la demande des autorités politiques, a procédé plusieurs fois dans ce canton au recensement des aliénés. En 1851, on en comptait 88 sur une population de 89,914 habitants, soit 1 sur 1,021 habitants.

Le 31 janvier 1874, on dressa une seconde statistique où l'on compta 200 aliénés, sans les idiots et les crétins sur une population de 91,782 habitants, soit un sur 458 habitants. Enfin en 1888, un dernier recensement en indique 275, soit 1 : 350 habitants. La progression est croissante, ici comme ailleurs, dans ces populations des plus hautes vallées des Alpes, comme dans les grandes capitales de l'Europe. Le docteur F. Kaiser, aujourd'hui président de la société Grisonne de secours aux aliénés, a donné la plupart de ces indications dans un travail lu le 12 septembre 1874 à la section médicale de la société Suisse de sciences naturelles sur « La statistique des aliénés dans le canton des Grisons. »

Trois ans plus tard, le 1er octobre 1877, la société médicale des Grisons se réunissait à Shusis et le docteur F. Kaiser communiquait à cette réunion un rapport sur « La question de l'assistance des aliénés dans le canton des Grisons ». Nous empruntons les détails suivants à cet intéressant travail.

Pendant longtemps, les aliénés qui ne pouvaient rester dans leurs familles, étaient placés dans la maison cantonale de correction de Réalta, où on avait dû leur préparer un quartier spécial. Mais cela présentait de graves inconvénients et peu à peu les aliénés constituaient le plus grand nombre des pensionnaires de cette maison qui n'est point du tout organisée pour leur traitement. Le grand conseil décida en 1873 la séparation des deux catégories des pensionnaires et décréta à cette occasion le recensement qui fournit la statistique de 1874. Cette statistique apprit que 40,5 % des aliénés étaient dans l'indigence ; 15,5 % placés dans des asiles (surtout à Saint-Pirminsberg) ; 15 % à Réalta, et 69,5 % dans leurs familles. Ces résultats

démontraient l'urgence de la création d'un asile cantonal et le conseil sanitaire proposa cette création sous forme de colonie agricole, vu le fait que 70 °/₀ des aliénés étaient agriculteurs.

La question vînt à l'ordre du jour du grand conseil le 23 novembre 1874 qui décida la nomination d'une commission d'experts pour examiner la proposition du conseil sanitaire. Cette commission présenta un rapport le 20 avril 1876 dans lequel elle démontrait que l'établissement de Réalta était absolument impropre au traitement des aliénés et qu'il fallait une construction nouvelle destinée aux curables aussi bien qu'aux incurables. Quant au système de construction, la commission se décida à proposer une construction mixte composée d'un asile central pour les agités et les malades, etc..., autour duquel on éléverait, suivant les besoins, de petits cottages pour les aliénés capables de travail. L'asile central, calculé pour 80 malades, coûterait 500,000 francs et 4 cottages (chacun pour 30 malades), 260,000 francs. Ce qui, pour un total de 200 malades, coûterait 760,000 francs. Mais le grand conseil recula devant ce projet, en raison de l'état précaire des finances du canton.

En attendant, que deviennent nos aliénés? se demande le docteur Kaiser. Nous laissons ceux qui étaient curables devenir incurables et nous restons à ce chiffre de 14 °/₀, de curables alors qu'on pourrait l'améliorer et atteindre, comme autre part, 30 à 40 °/₀ si on soignait assez tôt les cas aigus en les plaçant de suite dans un asile. Il faut que les médecins fassent comprendre cette nécessité, mais une pétition au grand conseil ne suffirait pas. Il faut intéresser le peuple à cette question et le meilleur moyen pour cela est de fonder une société de secours comme celles de Saint-Gall et de Zurich. Sans doute, dans ces deux cantons, l'action de la société est considérablement facilitée par les asiles bien organisés qu'ils possèdent et le premier but que la société grisonne aura à poursuivre, c'est évidemment la fondation d'un semblable asile. Il est vrai que dans les Grisons l'organisation d'une société cantonale offre de sérieuses difficultés en raison de la configuration montagneuse du pays qui favorise l'individualité des communes et des vallées. Mais nous pouvons suivre l'exemple de la société pour les sourds-muets qui a bien réussi. Il faut des correspondants dans chaque district qui cherchent à intéresser à cette œuvre les hommes les plus influents dans toutes les localités. Quand l'initiative privée aura réuni des capitaux par ses efforts, le grand conseil votera aussi, sans nul doute, un fonds pour l'assistance cantonale des aliénés.

A la suite de ce rapport, dans la séance du 1er octobre 1877, la société médicale des Grisons prit à l'unanimité les résolutions suivantes :

1° D'adresser une pétition au grand conseil pour la création d'un asile cantonal destiné au traitement des aliénés curables et incurables ;

2° De prendre l'initiative de la fondation d'une société de secours aux aliénés ;

3° De faire imprimer le rapport du docteur Kaiser et de le répandre dans le canton.

Une commission chargée d'élaborer les statuts et la nouvelle société fut nommée séance tenante et le 6 décembre 1877 la société était constituée dans une première assemblée générale, son Comité nommé (composé de 8 membres avec le docteur Kaiser pour président), et les statuts suivants adoptés :

STATUTS

De la société Grisonne de secours aux aliénés.

§ 1er. — Les buts de la société Grisonne de secours aux aliénés sont :

(*a*) De répandre des vues justes sur les maladies mentales et sur les mesures qui doivent être prises par les parents du malade et par les communes.

(*b*) De pousser à la fondation d'un asile cantonal pour le traitement des aliénés curables et incurables.

(*c*) De s'occuper jusqu'à l'ouverture de cet asile, du placement des aliénés dans les asiles situés en dehors du canton.

(*d*) De venir en aide, moralement et matériellement, aux aliénés guéris ou améliorés sortants des asiles et à ceux qui n'ont pu y être placés.

(*e*) De recueillir des sommes pour un fonds destiné à la création de l'asile cantonal et à l'assistance des aliénés indigents.

§ 2. — Seront membres de la société, toutes les personnes, hommes ou femmes, qui paieront une contribution annuelle de 2 francs au minimum.

§ 3. — Les moyens dont dispose la société pour atteindre ses buts, sont :

(*a*) Les contributions annuelles.

(*b*) Les dons et legs.

(*c*) Les subsides éventuels des communes ou de l'Etat, et les pensions payées par les familles des aliénés secourus.

(*d*) Les intérêts du fonds capital à créer.

§ 4. — L'assemblée générale de la société a lieu tous les ans ; une assemblée extraordinaire sera convoquée toutes les fois que le Comité en jugera la nécessité. L'ordre du jour des assemblées générales est le suivant :

(*a*) Rapport du Comité et comptes financiers ;

(*b*) Nomination du comité et des deux réviseurs des comptes ;

(*c*) Eventuellement révision des statuts ;

(*d*) Discours, conférences et discussions d'autres questions concernant les intérêts de la société.

§ 5. — L'administration de la société est confiée :

1° A un comité de 7 membres nommés pour trois ans. L'assemblée désigne le président. Le comité se constitue ensuite lui-même ;

2° A des correspondants nommés par le comité dans les diverses régions du pays.

Les membres du Comité sont élus au scrutin secret et immédiatement rééligibles.

§ 6. — Les correspondants sont les intermédiaires entre le Comité d'une part et les communes, les familles et les aliénés secourus d'autre part. Ils sont chargés de faire rentrer les cotisations et de distribuer des secours.

§ 7. — Le Comité élaborera un règlement spécial pour l'organisation des secours. Ceux-ci seront accordés avant tout pour le placement dans un asile et seulement quand la famille et la commune s'engageront de leur côté à fournir aussi des subsides, suivant leurs moyens.

§ 8. — Le Comité publiera chaque année un rapport sur son activité et sa gestion des comptes.

§ 9. — En cas de dissolution, le capital éventuel serait versé à l'Etat pour des buts analogues ou à l'asile des aliénés.

§ 10. — La révision des statuts peut avoir lieu par chaque assemblée générale, à la majorité des voix, à condition que la proposition ait été déposée auparavant assez tôt pour que le Comité ait pu l'annoncer en faisant la convocation de l'assemblée. Dans le cas contraire, la proposition ne sera pas discutée.

En tout cas, les statuts seront révisés lorsque l'asile projeté aura été ouvert.

Le Comité se réunit pour la première fois le 3 janvier 1878, nomma

dans son sein un caissier et un secrétaire et choisit dans chaque « cercle » un correspondant, en tout 34 correspondants, dont on trouvera l'énumération dans le premier rapport publié par le Comité. Le cercle de Coire, étant le siège du Comité, n'eut pas de correspondant spécial et l'on réunit deux à deux, huit cercles moins importants pour quatre correspondants.

La société a publié douze rapports de 1878 à 1889 dans lesquels on peut suivre, avec intérêt, les péripéties de la lutte qu'elle dut soutenir pour amener à bien la création d'un asile cantonal et remplir ainsi la première partie de son programme. Parfois fatigués, mais jamais découragés par les obstacles toujours renaissants qui se dressaient inopinément devant eux au moment même ou ils croyaient toucher au but, ces hommes dévoués qui ont travaillé au développement de la société Grisonne de secours aux aliénés pendant cette première période de son existence, ont concentré tous leurs efforts sur la question de l'asile cantonal et ces efforts ont fini par être couronnés d'un succès complet. L'asile de Waldhaus près de Coire a été ouvert le 20 juin 1892 et placé sous la direction du docteur Joerger, qui était auparavant médecin adjoint à Saint-Pirminsberg. Le grand conseil avait décrété la fondation d'un asile cantonal d'aliénés le 1er mars 1889 et le peuple avait ratifié ce décret ainsi que le plan financier qui l'accompagnait, et qui prévoyait une dépense de un million de francs à la presque unanimité des votants (11,230 oui contre 391 non). Après de vifs débats, l'emplacement de Waldhaus fut choisi par le grand conseil le 29 mai 1889 et les travaux pour la construction de l'asile commencèrent immédiatement.

Le programme de la société est cependant bien loin d'être épuisé. Une seconde période s'ouvre maintenant où elle poursuivra les autres buts qu'elle s'est proposée et avant tout « de venir en aide moralement et matériellement aux aliénés guéris et améliorés sortants des asiles et à ceux qui n'ont pu y être placés ». Ainsi s'exprime le Comité dans le rapport de 1889, le dernier qui ait été publié, et nous souhaitons à la vaillante société Grisonne de remplir cette seconde partie de son programme avec autant de bonheur qu'elle a réussi à le faire pour la première.

Grisons.

N^os	Années.	Cotisations.	Dons et legs	Aliénés secourus	Frais.	Capital.
I.........	1878	8060 90	10 »	2	245 80	8348 60
II..	1879	4113 55	2505 »	4	562 15	14091 25
III.........	1880	3105 93	10605 85	7 (?)	328 10	28094 78
IV.........	1881	1882 20	2580 30	6	964 93	65068 41
V..........	1882	1189 25	13800 62	9	1712 85	81119 33
VI.........	1883	828 40	1040 »	8	1149 97	85065 41
VII........	1884	2011 10	7747 95	9	1530 62	96666 29
VIII.......	1885	919 20	3240 10	9	2141 76	102314 58
IX.........	1886	521 20	6912 »	9	2201 52	111217 51
X..........	1887	110 20	1006 20	13	3380 55	112781 61
XI	1888	19 »	1114 »	9	1934 70	115901 41
XII.......	1889	»	20 »	13	3120 10	116774 71

En outre, le fonds cantonal des aliénés s'élevait en 1880 à Fr. 39,136 50
— — — 1881 46,122 60
— — — 1882 50,708 66
— — — 1883 57,541 18 +
Fr. 10,000.

Le 1er janvier 1883, le grand conseil décide de verser chaque année 10,000 francs à ce capital et cette allocation est portée à 15,000 francs annuellement depuis 1885, de sorte que le fonds cantonal des aliénés se montait en 1889 à 215,887 francs 45 centimes y compris le capital recueilli par la société de secours aux aliénés, sous l'impulsion de laquelle l'opinion publique et les autorités ont fondé l'asile cantonal.

Effectif des malades dans l'Asile de Waldhaus (près Coire),

Ouvert le 20 juin 1892.

1er juillet.			1er octobre.			31 décembre.		
H.	F.	Total.	H.	F.	Total.	H.	F.	Total.
17	16	33	41	41	82	45	49	94

Argovie.

Population au 1er décembre 1888, 193,580 habitants dans 11 districts et 249 communes, 106,351 protestants, 87,229 catholiques. Ce canton est, après Berne, celui qui présente la plus forte émigration. En 1850, sa population était de 199,852 habitants et la dernière statistique montre que, de 1880-1888, l'émigration a fait diminuer le chiffre de la population de 13,424 personnes. Pendant le même temps, l'excédant des naissances sur les décès était de 8,647, ce qui corrige un peu l'effet de l'émigration. Le canton d'Argovie est le seul de tous

les cantons Suisses qui présente une légère diminution annuelle de la population de 1850 à 1888 (— 0,8 °/₀₀).

Le bon exemple est contagieux, heureusement. Le succès des sociétés de Saint-Gall, Thurgovie, Zurich et Lucerne encouragea les argoviens à fonder aussi une société de secours aux aliénés. La société de « Culture » en fut l'initiatrice, avec la société médicale, et le 5 mars 1878, les statuts de la nouvelle société de secours aux aliénés étaient adoptés dans une réunion mixte des deux sociétés susnommées. On nomma le Comité et les correspondants de districts et on publia un appel à la population, en mai 1878, appel auquel 24 personnes seulement répondirent et versèrent une cotisation de 174 francs 50 centimes. Le résultat n'était pas brillant.

L'année suivante, cependant, le nombre des membres s'éleva à 497 et la somme de cotisations à 887 francs 30 centimes. En peu d'années, le chiffre de 1,200 membres fut dépassé (1885 à 1886) et dès lors la société se maintint à peu près au même nombre. Une légère diminution en 1889 et 1890.

La société argovienne s'est occupée à peu près exclusivement de la distribution de secours aux aliénés et à leurs familles. Elle a publié cinq rapports sur son activité de 1878 à 1890, où l'on ne trouve que deux mémoires sur des questions populaires de psychiatrie.

Dans le deuxième rapport (du 4 septembre 1882 au 7 novembre 1884) le docteur Schaufelduel, directeur de Kœnigsfelden et président de la société, a ouvert la première assemblée générale par un discours très succinct sur « le placement précoce des aliénés dans les asiles ». Il donne, à ce propos, quelques renseignements sur les causes de l'encombrement des asiles.

Le docteur Weibel, médecin-adjoint à Kœnigsfelden, fait dans le troisième rapport (7 novembre 1884 au 31 décembre 1886) un travail plus complet concernant l'historique de l'assistance des aliénés en général, et une description de l'asile de Kœnigsfelden suivie de conseils pratiques aux membres de la société de secours.

Le dernier rapport (1er janvier 1889 au 31 décembre 1890) est d'une concision extrême. Il constate que dans ces deux années la société a fait son œuvre sans bruit et s'est bornée à la distribution des secours. Peut-être ferait-on bien en Argovie de s'inspirer de l'exemple du canton voisin de Lucerne ? On rendrait sans doute plus de vie à la société et on intéresserait davantage le peuple à la question de l'assistance des aliénés si l'on faisait plus souvent des conférences sur des sujets populaires de psychiatrie, comme cela se pratique avec

tant de succès dans d'autres cantons, et comme le prescrit l'article premier des statuts de la société argovienne qui dit textuellement :

§ 1. — La société de secours aux aliénés indigents du canton d'Argovie a pour but :

1° De placer promptement les cas récents d'aliénation à l'asile, car leur guérison en dépend ;

2° D'assister les familles pauvres pour faciliter le placement d'un de leurs membres malades ;

3° De surveiller, de protéger et d'aider les malades guéris sortant de l'asile.

Pour atteindre ce but, la société cherchera à placer les malades dans un milieu approprié et sous une surveillance convenable, et leur facilitera l'exercice de leur profession ou l'apprentissage d'un nouveau métier. Elle donnera des secours en argent, en vêtement, en outils, etc., et s'efforcera d'écarter les chagrins, les soucis et les autres influences nuisibles qui pourraient occasionner une rechute.

4° De faire progresser la question de l'assistance publique des aliénés en instruisant le peuple, par des conférences et des publications, et en combattant les préjugés entre les maladies mentales et les asiles d'aliénés ;

5° De lutter contre les causes d'aliénation, la vie mal réglée, la mauvaise éducation, etc. — La cotisation annuelle est fixée à 1 franc par membre et le nombre des membres du comité à 17, chaque district devant être représenté.

Argovie.

Nos	Années.	Membres	Cotisations	Dons et legs.	Aliénés secourus	Frais.	Capital.
I......	1878	24	174 50	(Total des recettes) 3051 23	»	»	»
	1879	497	887 30		»	»	»
	1880	598	1091 08		»	»	»
	1881	129	442 50		3	65 »	2875 93
II.....	1882-1884	1027	2985 40	»	15	910 »	5035 13
III.....	1884-1886	1244	3748 30	250 »	22	2018 »	7386 20
IV.....	1887-1888	1244	3749 60	525 »	42	4301 »	7306 69
V.....	1889-1890	1201	3573 20	»	40	4329 19	6746 10

Effectif des malades à l'Asile de Kœnigsfelden.

1891.

1er janvier.	1er avril.	1er juillet.	1er octobre.			31 décembre.		
—	—	—	—			—		
			H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
532	521	543	221	230	551	225	329	554

1892.

1er janvier.			1er avril.			1er juillet.			1er octobre.			31 décembre.		
H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
225	329	554	234	328	562	237	325	562	247	330	577	248	337	585

Berne.

Le plus grand canton qui compte aussi la société la plus nombreuse. Au recensement fédéral du 1er décembre 1888, le canton de Berne avait 536,679 habitants (466,785 protestants, 67,087 catholiques), 30 districts, 509 communes.

La société bernoise des sciences théologiques décida en automne 1879 la fondation d'une société de secours aux aliénés, tandis que jusqu'ici nous avous vu les sociétés médicales ou celles d'utilité publique prendre l'initiative de semblables fondations. En mars 1880, la nouvelle société était constituée, ses statuts élaborés et adoptés, et le Comité central élu. Ce comité fut ensuite complété par les délégués du synode de l'Eglise réformée, (celui de l'Eglise catholique n'ayant pas répondu à l'invitation), de la société cantonale d'utilité publique et de la société médico-chirurgicale. Dès la première année, le nombre de ses membres atteint 1,653 et arriva rapidement les années suivantes à 4,000, 4,500, 5,000. En 1890 on en comptait 6,550.

Chaque année, la société bernoise de secours se réunit en assemblée générale, tantôt à l'asile de la Waldau, tantôt dans une autre localité du canton. Le procès-verbal de cette assemblée est publié dans un rapport annuel qui renferme en outre, conformément aux statuts, le rapport de gestion et celui des finances, ainsi qu'un exposé de l'état de la question des aliénés dans le canton de Berne. Le rapport contient encore les mémoires et travaux de psychiatrie qui ont été présentés et discutés dans la séance générale.

Douze rapports ont été publiés de 1881-1892. Nous allons les passer rapidement en revue.

I. Rapport 1881. — Un court historique de la fondation de la Société et un exposé du but qu'elle poursuit. La liste nominative des membres et les statuts en 8 articles dont voici la traduction :

STATUTS

De la société bernoise de secours aux aliénés.

§ 1er. — La société bernoise de secours aux aliénés se propose pour but :

1° De travailler au bien moral et physique des aliénés, et spécialement de veiller à ce que les malades reçoivent dès le début de leur affection, les soins qui leur sont nécessaires, et de venir en aide à ceux qui sortent guéris ou améliorés des asiles afin de les préserver le plus possible des causes qui pourraient provoquer une rechute ;

2° Le progrès et le développement de l'assistance cantonale des aliénés d'après les exigences modernes de l'humanité et de la science.

D'une manière générale, de contribuer de toutes ses forces à la diffusion populaire des questions de psychiatrie pratiques, par des conférences, des publications, des articles de journaux, etc.

§ 2. — La société se compose de toutes les personnes, hommes et femmes, qui se font inscrire sur la liste des membres.

§ 3. — Chaque membre paie une contribution annuelle de 1 franc. Les ressources financières de la société se composent de ces contributions et du produit des dons, legs ou collectes éventuels, au moyen desquels on paiera les frais de secours aux aliénés indigents et, s'il se peut, on crééera un fonds de réserve.

§ 4. — Le Comité central, composé du président, du secrétaire, du caissier et de deux autres membres, est nommé pour deux ans par les membres de la société. En outre, les synodes des églises (catholique et protestante), la société bernoise d'utilité publique et la société cantonale médico-chirurgicale seront invités à déléguer chacun 2 membres au Comité pour le même laps de temps. Le directeur de la Waldau est toujours membre du Comité.

§ 5. — Le Comité central désigne des correspondants dans les diverses parties du canton, et, suivant les besoins, on formera pour les districts et les communes, des Comités locaux qui seront les organes actifs de la société et se mettront en relations avec le Comité central.

§ 6. — Le Comité central a pour tâche, selon le § 1, de travailler à répandre dans le peuple, les connaissances sur les maladies mentales et de faire progresser tout ce qui concerne le traitement et la protection des aliénés. Il s'occupera tout spécialement de la distribution des secours, du placement des aliénés sortants. Un registre spécial mentionnera avec détails les circonstances de chaque cas et le résultat définitif.

Le bureau du Comité, composé du président, du caissier et du secrétaire, pourra, dans les cas d'urgence, prendre des décisions et accorder des secours en argent, dont la somme ne doit pas dépasser 50 francs.

§ 7. — Le Comité publie annuellement un rapport qui sera envoyé à tous les membres et échangé avec ceux des sociétés analogues, suisses et allemandes. Cette publication renfermera le rapport de gestion sur l'activité de la société, les comptes financiers et l'état de la question des aliénés dans le canton de Berne.

On joindra dans la règle à ce rapport des mémoires populaires sur des questions de psychiatrie qui auront été auparavant l'objet d'un travail et d'une discussion dans l'assemblée générale.

§ 8. — Chaque année a lieu, sous la direction du président, une assemblée générale à laquelle sont convoqués tous les membres de la société. En cas d'urgence, on convoquera une assemblée extraordinaire.

Le comité fixe l'ordre du jour des assemblées générales auxquelles sont soumis aussi les comptes, et qui devront procéder tous les deux ans à l'élection du comité.

Les séances de ces assemblées auront lieu à la Waldau, ou dans les autres parties du canton.

II. Rapport 1882. — Docteur Schaerer, directeur de la Waldau à la deuxième assemblée générale réunie à la Waldau, le 7 novembre 1881 « sur l'état de l'assistance des aliénés dans le canton de Berne en 1882 » avec un historique très complet de cette question depuis 1835 où le docteur Tribolet fit tomber les chaînes auxquelles les aliénés étaient encore attachés dans l'ancienne « maison des fous » à Berne. Dès lors, on s'occupa sans relâche de perfectionner l'assistance des aliénés, et le 18 novembre 1855 l'asile de la Waldau fut ouvert aux malades. En peu d'années, l'asile fut encombré.

Le 1er décembre 1870 on dressa, conjointement au recensement fédéral, une statistique détaillée des aliénés et des idiots qui donna pour le canton de Berne, en chiffres ronds, 2,800 aliénés et idiots (1,300 aliénés, 1,500 idiots) pour une population de 501,501 habitants. Cette statistique prouva la nécessité d'agrandir considérablement les asiles publics et d'en créer de nouveaux pour faire face à tous les besoins. Le 28 novembre 1880, le peuple vota un million de francs pour ce but humanitaire et maintenant la société de secours doit agir de toutes ses forces pour que l'organisation nouvelle soit faite dans les meilleures conditions possibles.

III. Rapport 1883. — Docteur Fetscherin, directeur de Saint-Urbain, traita le sujet suivant à l'assemblée générale de Bienne, le 31 octobre 1882 « Sur les différentes causes des maladies mentales. »

IV. Rapport 1884. — Directeur docteur Schaerer, à l'assemblée

générale du 12 novembre 1883 à la Waldau « De l'état actuel de l'assistance des aliénés dans le canton de Berne. » Très intéressant rapport sur les études préliminaires qui ont été faites dans ce canton avant le choix de l'emplacement de Münsingen, où l'on projette de construire un nouvel asile.

V. Rapport 1885. — Discours de M. Streit, économe de la Waldau, à l'assemblée générale du 1er décembre 1884 sur « L'exploitation agricole de la Waldau et la participation des malades à ces travaux. »

VI. Rapport 1886. — Docteur Von Speyer, médecin à la Waldau, à l'assemblée générale du 16 novembre 1885 à Herzogenbuchsee « Sur le traitement des aliénés dans l'asile. »

VII. Rapport 1887. — Docteur Glasser, médecin à Munchenbuchsee, à l'assemblée générale réunie à Berne le 25 avril 1887 « Comment peut-on reconnaître et juger les troubles psychiques peu prononcés. »

VIII. Rapport 1888. — A l'assemblée générale du 30 avril 1888, M. V. Steiger, conseiller d'Etat, présenta un important mémoire sur « La marche et l'état actuel de la question du développement de l'assistance des aliénés dans le canton de Berne. »

IX. Rapport 1889. — M. Julius Studer, senior, pasteur à Hottingen (Zurich) « Sur les relations de la vie religieuse avec les maladies mentales. »

X. Rapport 1890. — Dans l'assemblée du 16 juin 1890, les anciens statuts furent révisés et l'on en adopta de nouveaux, en 15 articles, qui précisaient surtout davantage le mode de distribution des secours et formulaient nettement les cas pour lesquels la société n'interviendrait pas, afin que les communes n'en profitent pas pour se dispenser d'assister leurs pauvres. En outre, on élabora un règlement spécial qui renferme 10 articles, des instructions détaillées pour les « Comités de districts. »

Dans cette même séance le docteur V. Speyer, nouveau directeur de la Waldau, parla sur « la fondation d'un asile bernois pour les buveurs ».

XI. Rapport 1891. — L'assemblée générale eut lieu le 25 juin 1891 à Münsingen pour y discuter le projet de construction du nouvel asile.

XII. Rapport 1892. — Docteur Brauchli, médecin-adjoint à la Waldau, traita le sujet suivant à l'assemblée générale du 4 mai 1892. « De la coopération des familles dans les soins que le malade reçoit à l'asile ».

Dans la discussion qui suivit ce travail un membre proposa de

publier aussi le rapport en langue française afin d'intéresser les populations du Jura bernois à la cause des aliénés, cette partie du canton étant restée jusqu'ici en dehors du moment qui fait progresser chaque année la société de secours. Pour faire droit à cette proposition, le comité central répandit dans le Jura en octobre 1892 un appel destiné à consulter les citoyens les plus notables des districts Jurassiens sur l'opportunité de propager dans ces districts l'œuvre de la société bernoise de secours aux aliénés. Le rapport de cette année nous apprendra sans doute, si cet appel a été couronné de succès.

Voici la teneur de cette circulaire :

« Monsieur, à la dernière assemblée générale de la société bernoise de secours aux aliénés, un ami du Jura fit la proposition de publier les rapports avec comptes rendus de la société aussi en langue française et de les répandre dans le Jura, afin de gagner aussi dans cette partie du canton, des adhérents à notre société et de la faire profiter également de ses bienfaits.

L'assemblée générale adopta à l'unanimité cette proposition en ce sens que le Comité central fut chargé de faire à ce sujet les démarches nécessaires.

Attendu que l'impression des rapports en langue française entraînerait des frais considérables, le Comité central aimerait préalablement être rassuré sur la question de savoir si l'idée émise plus haut aurait quelque chance de succès dans le Jura.

A cette fin le Comité central s'adresse à vous, Monsieur, avec la prière de faire connaître, de la manière que vous jugerez à propos, à la population de votre district la tâche et le but de notre société et de nous faire savoir ensuite si vous croyez qu'il y a lieu de procéder dans le sens du motionnaire.

La société bernoise de secours aux aliénés a été fondée en 1880. En peu de temps, elle a pris un grand développement et à l'heure qu'il est, elle compte plus de 6,000 membres.

A notre grand regret, le Jura n'y est pour ainsi dire point représenté, malgré que le champ d'activité de notre société soit complètement neutre sous le rapport de la confession, que, d'après les statuts, nous voyons avec plaisir aussi les catholiques participer à notre œuvre et qu'une représentation au Comité central est assurée au synode catholique.

Notre société a pour but de venir en aide à des aliénés indigents afin de faciliter leur guérison.

En outre, elle s'efforce de répandre parmi le peuple des notions

justes sur les maladies mentales, sur la manière de les prévenir, ainsi que sur le traitement des malades.

Il est de fait que très-souvent on ne s'aperçoit pas de la maladie mentale naissante ; dans d'autres cas le malade n'est pas traité d'une manière rationnelle. D'autre part, l'on craint les frais trop élevés d'un traitement dans une maison de santé et l'on garde les malades le plus longtemps possible à la maison, etc., etc., tout ceci au grand détriment des infortunés qui, dans bien des cas, auraient en peu de temps trouvé guérison par des soins prompts et rationnels.

Pour parer à de pareils inconvénients, la société bernoise de secours paie les frais d'entretien du premier trimestre dans un établissement de santé pour ceux des indigents qui ne sont pas à la charge de leur commune. Ce soulagement engage beaucoup de gens à recourir sans retard aux soins du médecin.

Aussi notre société a-t-elle depuis son existence été un réel bienfait pour beaucoup de monde, d'abord en déchargeant les parents des malades des soucis financiers, mais surtout en procurant aux malades eux-mêmes par un prompt secours la guérison désirée. La société accorde également des subsides aux indigents guéris, afin de leur faciliter la reprise de leurs affaires. Ainsi, notre société dépense année par année au delà de 4,000 francs pour des subsides de différents genres.

Déjà la pensée de faire partie de notre société constitue pour ses membres un puissant stimulant de s'intéresser au sort des aliénés et de seconder leurs familles de bons conseils ; au reste, la cotisation annuelle de 1 franc est si minime que chacun peut faire ce petit sacrifice pour soutenir une œuvre aussi charitable.

Si vous estimez, Monsieur, que notre société trouvera dans votre district un bon nombre d'adhérents, nous ferons volontiers traduire en français les statuts et le dernier rapport annuel, pour les répandre en grand nombre dans le Jura.

Nous vous prions donc, Monsieur, de faire savoir, d'ici au 31 décembre prochain, au président de notre société, Monsieur le pasteur Trechsel, à Gsteig, près d'Interlaken, ou à Monsieur Waiblinger, gérant de la caisse de Prévoyonce, à Bienne, membre du Comité central, si oui ou non l'idée de propager notre œuvre dans votre district a quelque chance de succès. Nous serions charmés de voir le Jura s'associer à l'ancien canton pour soutenir une œuvre si éminemment utile.

En vous remerciant d'avance de tout ce que vous ferez en faveur de

notre projet, nous vous présentons, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

Berne, en octobre 1892.

Au nom du Comité central :

Le Secrétaire, KOHLER, pasteur.

Le Président, TRECHSEL, pasteur.

Les directions soussignées vous recommandent très chaudement de faire valoir toute votre influence auprès des habitants de vos environs pour les persuader de s'associer à cette œuvre si nécessaire et si bienfaisante.

Berne, le 27 octobre 1892.

Le Directeur de l'Assistance publique, RAETZ.

Le Directeur de l'Intérieur, STEIGER.

Berne.

NUMÉROS.	Années.	Nombre de membres	Cotisations.	Dons et legs.	Aliénés secourus	Capital.	Fonds de réserve.
I	1880	Fondation de la Société en mars					
II	1881	1653	1915 »	401 »	»	» »	» »
III	1882	1800	2781 70	104 »	24	1153 40	» »
IV	1883	3000	3351 02	1321 »	33	2150 50	» »
V	1884	4495	3983 10	50 »	29	2453 »	5000 »
VI	1885	5068	5529 30	141 20	28	2724 »	5200 »
VII	1886	5472	4895 30	520 »	34	2855 40	5400 »
VIII	1887	5611	6437 »	127 15	39	3591 75	5893 95
IX	1888	?	4964 50	131 »	35	3723 60	13457 80
X	1889	?	6663 50	2269 »	37	4445 90	17778 80
XI	1890	6550	6758 50	3490 »	36	4087 15	23887 40
XII	1891	?	6716 »	860 »	37	4289 15	26485 45

Effectif total des malades.

ASILE DE LA WALDAU.

1891.

1er janvier.	1er avril.	1er juillet.	1er octobre.			31 décembre.		
			H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
390	391	387	201	200	401	196	211	407

1892.

1er janvier.			1er avril.			1er juillet.			1er octobre.			31 décembre.		
H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
196	211	407	203	201	404	204	203	407	201	206	407	203	207	410

Bâle.

Le canton de Bâle-ville, se compose de deux districts, celui de la ville et celui des communes rurales au nombrs de trois. La population de ce canton était, au 1er décembre 1888, de 73,749 habitants de résidence ordinaires (50,081 protestants, 22,132 catholiques), Bâle-ville est de tous les cantons celui où l'accroissement de la population a été le plus rapide. De 1850 à 1888, cet accroissement a été en moyenne de 23,8 habitants par année. Genèvre qui vient immédiatement après n'offre que 12,9 habitants comme accroissement annuel dans le même laps de temps.

La dernière en date des sociétés suisses de secours aux aliénés, celle de Bâle-ville a été fondée le 6 juillet 1886 par l'initiative du professeur Wille, qui avait déjà pris une part active à la création de celle de Lucerne, comme nous l'avons mentionné. Il existait à Bâle depuis 1878 une commission pour la protection des aliénés (commission fur Irrenschutz) relevant de la société d'utilité publique. Cette commission publiait chaque année, sur son activité, un court bulletin qui était imprimé dans les rapports de cette société.

En novembre 1885, peu de temps avant l'inauguration du nouvel asile cantonal, la commission pour la protection des aliénés publia un appel à la population bâloise pour la fondation d'une société de secours. L'appel était signé par les six membres de la commission, dont le professeur L. Wille était président. La cotisation annuelle était fixée à deux francs, c'est-à-dire à la portée de toutes les bourses, afin d'intéresser autant que possible toutes les classes de la population. En même temps que l'appel, le professeur Wille publiait une brochure « Sur les sociétés de secours aux aliénés » (Bâle 1885) qui renfermait un historique de ces sociétés, les principaux renseignements sur leur mode de fonctionnement et les points les plus importants à considérer dans leur organisation. Le docteur Wille raconte un peu l'histoire de la commission bâloise pour la protection des aliénés qui, avec des moyens très restreints, a déjà cependant déployé une bienfaisante activité. Il la compare à l'humble violette qui répand son parfum sans que personne y fasse attention. Maintenant que le nouvel asile va s'ouvrir, il faut que le public s'intéresse au sort des aliénés et prenne part à leur traitement et à leur protection.

Plus de 600 membres répondirent à l'appel et ce chiffre est resté dès lors, approximativement le même jusqu'à maintenant.

La société bâloise de secours aux aliénés a publié six rapports dont nous allons donner un aperçu.

I. RAPPORT fin mars 1887. Discours du docteur L. Greppin prononcé à la première assemblée générale de la société bâloise de secours aux aliénés, réunie dans la salle des fêtes du nouvel asile, le 28 mars 1887. « Etude statistique sur le mouvement des malades dans l'asile des aliénés de Bâle de 1876 à 1886. » L'auteur termine son travail en montrant que la tâche de la société commence à la sortie du malade quand finit celle de l'asile. On doit alors entourer le convalescent et lui venir en aide moralement et matériellement afin d'empêcher les rechutes.

Le rapport sur l'activité de la société pendant la première année donne les détails suivants sur son organisation et ses statuts :

Dans le but de faciliter le travail des membres de la société de secours, on a divisé la ville de Bâle et les communes suburbaines en huit quartiers ou districts, ayant chacun à leur tête un Comité de quartier, composé de trois personnes, deux messieurs et une dame. La réunion des 24 membres de ces Comités locaux forme le « Grand Comité ». Une commission exécutive, composée de cinq membres, forme le bureau de la société dont font nécessairement partie les fonctionnaires supérieurs de l'asile des aliénés.

STATUTS

De la société de secours aux aliénés du canton de Bâle-ville.

§ 1. — Les buts de la société sont :

(*a*) De venir en aide aux aliénés, en paroles et en actions dans l'asile et hors de l'asile. Les secours seront donnés avant l'entrée comme après la sortie.

(*b*) De secourir, en paroles et en actions, les familles des malades privés de leur soutien.

(*c*) De travailler au développement de l'assistance publique des aliénés et de combattre les préjugés qui existent contre les aliénés, les maladies mentales et les asiles.

§ 2. — La société s'efforcera de faire donner des soins rationnels aux malades en traitement privé.

1° Elle cherchera, autant que possible, à prévenir la maladie mentale sur le point d'éclater, en fournissant les secours nécessaires, de toute nature, au moment opportun.

2° Elle aidera au placement des malades pauvres et facilitera le retour de ceux qui sortent de l'asile, en leur procurant une occupation appropriée et en leur fournissant les choses les plus nécessaires.

3° Elle viendra aussi en aide, suivant ses moyens, à ceux qui sont placés dans l'asile pour rendre agréable, autant que possible, leur situation.

4° Elle sauvegardera les intérêts des malades intéressés aussi longtemps qu'ils ne pourront les soigner eux-mêmes.

5° Elle s'efforcera de répandre dans le public, par des conférences et des publications, des connaissances rationnelles sur les causes, la nature et les symptômes de l'aliénation mentale, ainsi que sur le traitement et la protection des aliénés.

§ 3. — Les ressources de la société se composent :

(*a*) Des intérêts de son fonds capital.

(*b*) Des cotisations annuelles des membres.

(*c*) Des dons et legs.

§ 4. — Est membre de la société, toute personne (homme ou femme) qui paie une contribution annuelle de 2 francs ou qui verse en une fois la somme de 50 francs, et qui se déclare prête à coopérer à la tâche poursuivie par la société.

§ 5. — Pour être inscrit comme membre, il suffit de s'annoncer verbalement ou par écrit à l'un des membres du Comité en donnant son adresse. Chaque membre reçoit les statuts et les rapports annuels. Ceux qui n'auront pas payé deux fois de suite leur cotisation seront considérés comme démissionnaires.

§ 6. — Un bureau de cinq membres administre la société. Le directeur de l'asile des aliénés, le médecin adjoint et l'aumônier en font partie de droit ; les deux autres membres sont élus tous les 3 ans par la société réunie en assemblée générale. Le «Grand Comité» est nommé par la société sur les propositions du bureau.

§ 7. — Le grand comité est composé d'au moins deux messieurs et une dame pour chaque quartier. Les Comités de quartier sont en communication permanente avec le bureau.

§ 8. — Le bureau dirige la société et tient les comptes qui seront révisés chaque année par deux membres vérificateurs.

§ 9. — Le grand Comité se réunit tous les trois mois pour discuter les questions pendantes, échanger les expériences faites et formuler les vœux et les propositions.

§ 10. — Chaque année, en hiver, a lieu une assemblée générale dans laquelle sera traité un sujet concernant les aliénés et les questions

qui les touchent (des Irrenwesens). Dans cette réunion, le bureau fait rapport sur l'activité de la société pendant l'année et rend ses comptes.

Chaque membre a le droit de présenter à l'assemblée des vœux ou de faire des propositions, ou de demander la révision des statuts. Les propositions de révision des statuts doivent être envoyées par écrit au bureau 15 jours avant la séance. Elles ne peuvent être adoptées qu'à la majorité des 2/3 des membres présents.

§ 11. — Le rapport annuel sur l'activité et sur les comptes financiers sera imprimé et distribué à chaque membre au moment du paiement de la cotisation.

§ 12. — En cas de dissolution, le fonds capital de la société sera versé à l'asile des aliénés, pour y être employé dans le même but.

II. Rapport, fin mars 1888. — Discours du professeur docteur L. Wille sur « Prédisposition et éducation, comme causes d'aliénation mentale. »

III. Rapport, fin mars 1889. — Discours du professeur docteur L. Wille « Mesures à prendre pour combattre les causes de maladies mentales venant de la prédisposition héréditaire et de l'éducation. »

IV. Rapport, fin mars 1890. — Discours du professeur docteur Wille sur « Les maladies mentales à travers les siècles » « Comment elles ont été comprises et jugées dans les différentes périodes de l'histoire de l'humanité. »

V. Rapport, fin mars 1891. — Discours du pasteur Paul Yung, aumônier de l'asile « L'activité de l'aumônier dans l'asile des aliénés. »

La société baloise de secours aux aliénés témoigne d'une réjouissante activité et se développe d'année en année. Bien que le nombre de ses membres soit resté stationnaire, son fonds capital s'accroit annuellement et le nombre des aliénés secourus atteint déjà celui de Berne, avec une somme sensiblement élevée.

Bâle-ville.

Nos	Années.	Membres	Cotisations	Dons et legs.	Aliénés secourus	Frais.	Capital.
I	1887	666	1756 »	6167	»	712 80	7333 50
II	1888	650	1741 »	988	27	1116 60	8891 20
III	1889	633	1688 50	408	40	1589 15	9421 35
IV	1890	620	1707 »	1308	30	1658 65	10788 »
V	1891	623	1675 »	908	34	1539 05	11895 05

Effectif des malades.

ASILE DE BALE.

1891.

1er janvier.	1er avril.	1er juillet.	1er octobre.			31 décembre.		
—	—	—	—			—		
			H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
241	252	268	106	151	257	104	155	259

1892.

1er janvier.			1er avril.			1er juillet.			1er octobre.			31 décembre.		
—			—			—			—			—		
H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Tot.	H.	F.	Total.
104	155	259	109	156	265	98	155	253	105	157	262	103	155	258

V.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Parvenu au terme de ce long exposé, j'ai maintenant à tirer des déductions générales et à conclure. J'ai cherché à mettre sous les yeux du Congrès des documents pouvant servir de base à une discussion utile; toute la correspondance que j'ai échangée m'a permis de réunir ces documents, et en même temps de m'éclairer sur l'opinion de mes collègues. J'ai donc l'espoir d'exprimer ici, non seulement ce que pense personnellement le rapporteur, mais aussi de donner un reflet de ce que pense la majorité des médecins aliénistes.

Nos Congrès ne sont point de petits parlements. Nous n'y légiférons pas : nous y échangeons nos idées, et nous pouvons émettre des vœux. Nous n'avons donc pas, au point de vue pratique, à discuter les détails d'organisation des sociétés de patronage pour les aliénés, et les termes des statuts ou des règlements de ces sociétés, d'autant plus que ces détails comportent des variantes suivant la région où l'on se trouve. Ce que nous avons à fixer, ce sont les dispositions

générales à adopter, et aussi la règle de conduite que nous avons à tenir.

Un premier point à examiner est le principe même des sociétés de patronage. La réponse, sur ce point, ne paraît pas douteuse. Ce qui a été dit il y a plus de cinquante ans reste toujours vrai. La société n'a pas rempli sa tâche jusqu'au bout, lorsqu'après avoir assisté les aliénés dans un asile, elle les laisse, au sortir de cet asile, sans appui, sans ressources, sans secours, et exposés à une rechute. Il y a là une lacune aussi bien au point de vue humanitaire qu'au point de vue économique.

On ne peut donc qu'approuver tout ce qui a été fait par l'initiative privée pour combler cette lacune, et adhérert en France, au vœu du Conseil supérieur de l'assistance publique, d'inviter MM. les Préfets à favoriser, par tous les moyens, la création des sociétés de patronage pour les aliénés. L'action du Congrès ne devant pas être limitée à la France, nous pouvons généraliser le vœu, en disant que *tout asile devrait être sinon pourvu spécialement d'une société de ce genre, au moins affilié à une œuvre de patronage, pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrêtât pas au seuil de l'asile.*

La question de principe étant admise, on doit examiner si, dans l'état actuel des choses, la réalisation de ce vœu est possible et c'est sur ce second point que surgissent les objections.

Plusieurs de mes collègues ont exprimé l'opinion que cette question devrait être réglée par un article de loi. Jusqu'à présent, dans tous les pays d'Europe, ce mode d'assistance a été laissé à l'initiative privée, et néanmoins s'est développé. On peut même dire que, dans certaines régions, particulièrement en Suisse, ce développement a été merveilleux. On voit, dans le remarquable travail du docteur Ladame que, dans plusieurs cantons Suisses, le patronage des aliénés a provoqué la création d'asiles. Une loi spéciale n'est donc pas nécessaire pour organiser ce patronage. En Italie, néanmoins, quoique l'initiative privée ait obtenu de très grands résultats, on paraît disposé à régler la question par une nouvelle loi sur les aliénés et les asiles d'aliénés ; mais sans blâmer cette intervention d'une mesure législative, on peut constater que l'effet immédiat a été d'arrêter, dans plusieurs asiles, le mouvement dû à l'initiative privée, dans l'attente de la nouvelle loi en question. En France, le projet de révision de la loi du 30 juin 1838 paraît encore trop loin d'aboutir pour qu'on doive conseiller d'ajourner le vœu du conseil supérieur de l'assistance publique jusqu'à la mise en vigueur d'une nouvelle législation. Il vaut

mieux, jusque là, marcher de l'avant ; nos législateurs pourront toujours consacrer les progrès accomplis et donner, s'il y a lieu, une nouvelle impulsion.

L'objection capitale est la difficulté, d'aucuns disent l'impossibilité, d'organiser, dans certaines villes, la société de patronage. Il est incontestable que la difficulté existe, et que, si la création d'un certain nombre de ces sociétés a donné des résultats magnifiques, on a eu, parfois aussi, ailleurs des insuccès ; Baume, par exemple à Quimper, n'a pas réussi ; Guislain, en Belgique, est resté sans imitateur. En Italie même, où le mouvement a été très accentué, et où plusieurs sociétés sont devenues très riches, comme à Milan, j'ai cité des villes où les tentatives n'ont pas abouti.

Doit-on rester dans l'inaction devant cette difficulté ? Evidemment non. Il faut rechercher les causes d'insuccès et les éviter. Car un mode d'assistance, qui s'est établi, avec plus ou moins de succès il est vrai, mais enfin qui fonctionne en Allemagne, en Angleterre, en Autriche-Hongrie, en Belgique, en France, en Italie, en Suisse, c'est-à-dire dans divers pays de races différentes et de mœurs également différentes, ce mode d'assistance, dis-je, peut certainement être organisé partout. On ne doit pas considérer comme définitif un premier insuccès, et on a vu des revirements d'opinion étonnants. Ainsi, en Suisse, dans le canton d'Argovie, les promoteurs de la société de patronage n'ont réuni, la première année, en 1878, que vingt-quatre adhérents. On pouvait croire à un échec complet, et, sept ans plus tard, en 1885, la société comptait douze cents membres.

La première cause d'insuccès contre laquelle on a à lutter (je ne parle pas de celle qui résulterait de ce qu'on ne croit pas au succès possible de l'œuvre), est l'indifférence du public. Or, il faut bien dire ici, qu'en matière d'assistance, la modestie n'est pas de mise. Les sociétés de patronage en Allemagne et en Suisse n'ont pas hésité à inscrire dans leurs statuts qu'elles ont pour but de faire progresser l'assistance des aliénés, de lutter contre les préjugés, de combattre l'indifférence du public, et elles ont recours à la propagande par la publicité, à des conférences, publient des rapports. En Suisse même on a adopté l'usage de traiter dans ces rapports des questions de psychiatrie, ce qui donne alors de petits recueils toujours intéressants à lire.

Une autre cause d'insuccès signalée dans certaines régions est que les sociétés de bienfaisance étant déjà nombreuses, il devient difficile d'en organiser de nouvelles. Il est exact que le budget de la bien-

faisance est limité. Les personnes qui sont déjà affiliées à plusieurs œuvres charitables ont leur clientèle attitrée et ne peuvent pas étendre indéfiniment le cadre de leur générosité. L'objection perd beaucoup de sa valeur si la cotisation demandée est très minime. On a pu voir que dans certaines sociétés les adhérents sont acceptés moyennant un versement annuel d'un franc, et on a fait des sociétés populaires qui prospèrent. La société de patronage de Berne est arrivée ainsi à compter plus de six mille cinq cents membres.

Une autre objection est tirée de ce que le mouvement de population d'un asile est trop peu considérable pour qu'une société de patronage ait une activité suffisante. On conçoit effectivement que si l'on est dans un département peu peuplé, si la population de l'asile est faible, le nombre des membres de la société sera restreint, les ressources seront également restreintes et comme les individus à assister seront, eux aussi, en petit nombre, le but à atteindre sera bien moins frappant que dans un grand centre. Est-ce à dire que même dans ce cas il n'y ait rien à faire ? Je ne le crois pas. L'on pourrait alors imiter ce qui a été fait en Allemagne, où la même société est commune aux malades de plusieurs asiles ; par exemple, Illenau et Sforgheim, dans le pays de Bade, n'ont qu'une société de secours pour assister leurs malades sortants. Il en est de même pour les asiles d'Eberswalde, Sarau et Landsberg, établissements déjà éloignés l'un de l'autre, dans la province de Brandebourg. En France, le conseil supérieur de l'assistance publique a proposé d'établir un lien entre les diverses sociétés de patronage, et ce qui est proposé ici, rentre dans le même ordre d'idée.

On a aussi indiqué que le patronage des aliénés sortants était à peu près sans objet dans les régions agricoles. Cette assertion, formulée d'une manière absolue, n'est pas exacte. Le besoin est moins apparent, mais, au fond, l'assistance fait souvent défaut dans les campagnes, et la société de patronage ne serait pas inutile. L'ouvrier des villes, lorsqu'il ne trouve pas à se placer au sortir de l'asile, est dans la misère la plus complète, et ne gagnant pas de salaire n'a ni pain ni abri. A la campagne, il est rare qu'un travailleur ne trouve pas à se rendre utile, sauf à se contenter, pour salaire, d'un morceau de pain et d'une assiette de soupe, et s'il n'a pas de famille pour le recevoir, on lui permettra de passer la nuit dans une grange ou dans l'étable sur une botte de paille, son lit improvisé devant servir, le lendemain, de litière aux bêtes. Si on veut bien examiner la question de près on verra qu'il y a des misères à soulager à la campagne comme à la ville

et le succès qu'ont des sociétés de secours pour les aliénés dans des pays exclusivement agricoles, comme en Suisse, dans le canton de Thurgovie, montre bien qu'elles répondaient à un besoin réel.

J'arrive donc à une seconde conclusion, c'est que dans l'état actuel de la législation, aussi bien en France que dans les autres pays, *l'organisation d'une société de patronage pour les aliénés sortant de l'asile est toujours possible.*

Le troisième et dernier point à étudier est le choix d'une organisation pour les sociétés de patronage, et l'incertitude en pareille matière a été cause de bien des hésitations.

Je dois dire que ces hésitations n'ont guère diminué en France lorsque les résolutions du Conseil supérieur de l'assistance publique ont été transmises par M. le Ministre de l'Intérieur et il a peut-être été regrettable que le fascicule 35 des délibérations du Conseil supérieur de l'assistance publique n'ait pas été transmis en même temps que le fascicule 36, car on eut trouvé dans le rapport du docteur Bourneville un certain nombre de types de sociétés de patronage fonctionnant régulièrement. On a vu précédemment que la 2e résolution du Conseil supérieur de l'assistance publique est ainsi conçue : « Les sociétés de patronage viendront en aide aux aliénés convalescents » ou guéris par les moyens suivants : secours en argent, en linge, en » vêtements, outils (ces secours peuvent être hebdomadaires, men- » suels ;) dégagement des objets mis au Mont-de-piété, paiement du » loyer, placement des malades dans des asiles de convalescence, » dans des cottages intermédiaires entre l'internement complet et la » vie libre, ou encore, s'il y a lieu, dans les hospices ; placement » définitif dans les ateliers et les maisons de commerce, d'agriculture, » etc., surveillance de l'aliéné guéri dans la place où il est occupé. » Ce programme comporte le rôle complet que peuvent jouer des sociétés de patronage arrivées à leur maximum de développement. Tout ce qui est indiqué là, si on prend chaque chose en détail, a été fait par l'une ou l'autre des sociétés de secours existant déjà. Mais cet ensemble ne constitue pas un bloc dont on ne puisse rien détacher, et les promoteurs de la résolution n'ont, assurément, pas voulu dire que les sociétés de patronage pour les aliénés devaient comporter le programme entier ou ne pas exister. En examinant l'organisation des sociétés actuelles, on peut reconnaître deux types qu'on pourrait appeler l'un type Falret, ou de Paris, l'autre type David Richard, très développé en Allemagne et en Suisse. Dans le premier système, la société est tout à fait indépendante de l'administration de l'asile ;

elle a ses locaux à elle, exerce une hospitalisation intermédiaire entre la séquestration à l'asile et le retour à la vie libre, se préoccupe du placement des convalescents, les tient en quelque sorte sous sa tutelle directe.

Dans le second système, la société est intimement liée à l'administration de l'asile qui continue, en quelque sorte, une assistance au-dehors et à distance. Ce sont alors les secours à domicile qui prédominent, et, comme les convalescents sont rentrés dans leur pays, la société a besoin d'intermédiaires pour exercer son assistance et son contrôle. Ces intermédiaires sont les *hommes de confiance* : (Vertrauensmœnner, en Allemagne ; correspondants, en Suisse). L'union qui existe entre l'asile et la société de patronage en Suisse est si intime que dans plusieurs cantons, la société a précédé l'organisation de l'asile. On a pu voir dans certains statuts que l'œuvre du patronage se préoccupe non seulement d'assister le convalescent en voie de guérison, mais encore de provoquer le prompt traitement des aliénés à l'asile, parce que l'admission précoce des malades dans les établissements spéciaux est le meilleur moyen d'obtenir la guérison.

Ces deux systèmes répondent chacun à des besoins différents et l'on pourrait appeler l'un système des très-grandes villes, l'autre système des campagnes. C'est au premier système qu'appartiennent la société fondée par Falret, celle qu'organise la commission de surveillance des asiles de la Seine, l'*after care association* en Angleterre, et même jusqu'à un certain point la société fondée à Milan. C'est au second système qu'appartiennent toutes les sociétés fondées en dehors des grands centres. Les correspondants doivent être moins difficiles à recruter qu'on ne pourrait le supposer au premier abord, et d'après les listes que j'ai pu consulter, on les trouve surtout parmi les maires et les instituteurs. Or ces hommes à qui on demande de remplir une mission de confiance ne sont pas, dans certaines sociétés, astreints à verser une cotisation, même minime, de sorte qu'ils peuvent accepter sans avoir à supporter aucune charge pécuniaire.

A la question des sociétés de patronage, on a parfois voulu rattacher celle des colonies agricoles, et même celle des colonies familiales, analogues à celles de Gheel et Lierneux, en Belgique, et à celle de Dun sur Auron organisée récemment dans le département du Cher pour des aliénés de Paris. Je crois que ces questions sont indépendantes l'une de l'autre et que leur confusion ne peut présenter que des inconvénients, et augmenter les causes d'insuccès. Baume n'a pas réussi à fonder une société de patronage à Quimper parce qu'il a

voulu avoir, en même temps, une colonie agricole, et une industrie pour fournir des ressources. L'entreprise comportait trop d'aléa et elle a échoué.

Toute œuvre d'assistance, par cela même qu'elle apporte des secours aux malheureux, a besoin de ressources. Toute société de patronage doit avoir une caisse de secours et l'alimentation de cette caisse préoccupe naturellement tous ceux qui ont en vue l'organisation de l'Œuvre. En Italie quelques sociétés ont été fondées à l'aide de dons ou legs, mais les donateurs généreux ne se trouvent pas partout.

L'appel à la charité privée comporte toujours lui aussi un aléa, et il faut parfois un certain temps pour qu'un mouvement se fasse dans l'opinion publique en faveur d'une œuvre utile. Néanmoins, les exemples qu'on a sous les yeux pour les sociétés actuellement existantes permettent de dire qu'on peut toujours compter dans une assez large mesure sur la charité privée. Les œuvres de patronage doivent être subventionnées par les pouvoirs publics, car si la société assiste les aliénés à l'asile, elle ne doit pas laisser son assistance incomplète. Une dernière ressource enfin doit se trouver dans le produit du travail des aliénés. Le règlement des asiles, en France, porte que le produit du travail des aliénés à leur décès appartient à l'asile. Ce travail n'est déjà attribué que pour partie, et il n'y a pas lieu de faire un nouveau bénéfice au décès du malade. Or, à Bailleul on a adopté la mesure de verser à la caisse de la société de patronage le pécule des aliénés décédés et d'autres établissements sont disposés à entrer dans la même voie. Cette idée de l'utilisation du travail des aliénés s'était déjà fait jour antérieurement. Ce travail jouait un grand rôle dans l'organisation projetée par Baume, mais l'exemple le plus remarquable de ce qui a été obtenu dans ce sens vient d'Italie. Le docteur Lolli, se fondant sur ce que les frais d'entretien étaient assurés par le prix de journée, a fait attribuer à l'œuvre du patronage la valeur du travail des aliénés et c'est avec cette ressource que la société de patronage d'Imola a réuni un capital suffisant pour assurer son existence légale en Italie.

Les sociétés de patronage ayant à donner des secours en nature ont besoin d'un vestiaire. Ce vestiaire peut être en grande partie alimenté par des prélèvements sur les objets d'habillements dont les asiles héritent au décès des aliénés. C'est ce qui se pratique à Bailleul.

Quel que soit le système adopté, il y a grand intérêt à ce que la

direction de la société de patronage soit en relation étroite avec le personnel médical et administratif de l'asile. Nul ne peut s'intéresser au malade plus que le médecin qui a donné des soins, et qui a provoqué la sortie. Il ne faut pas que le convalescent ait en rentrant dans la société à faire des démarches multiples pour obtenir l'assistance nécessaire. Si le convalescent a besoin, pendant un certain temps, de secours, la connaissance des antécédents n'est pas inutile pour apprécier l'importance et la durée de ces secours. Je terminerai ici par une troisième proposition. *L'organisation de la société de patronage doit varier suivant qu'on se trouve dans une grande ville, ou en dehors d'une grande agglomération de population.*

Dans le premier cas, on doit se préoccuper avant tout de procurer un refuge temporaire aux convalescents nécessiteux sortant de l'asile, pour les mettre à l'abri de la misère en attendant qu'ils aient trouvé une occupation.

Dans le second cas, on doit surtout répondre aux nécessités de l'assistance par les secours à domicile. Il faut donc, tout d'abord, constituer une caisse de secours distincte de celle de l'asile, avec son capital de réserve, et s'attacher des correspondants affiliés à la société, sur tous les points où l'assistance doit s'exercer. Le produit du travail des aliénés est appelé à jouer un rôle pour l'alimentation de la caisse de secours.

Le patronage des aliénés étant lié à l'assistance donnée à l'asile, le personnel médical et administratif des asiles doit former partie intégrante des agents actifs de l'œuvre, et le siège de la société doit être, sinon à l'asile, au moins à proximité de l'asile.

Saint-Yon, 15 avril 1893.

A. GIRAUD.

ERRATA

Sur la couverture, *lire* : P. Ladame, *au lieu de* : E. Ladame.
Page 161, ligne 18, *lire* : 1882, *au lieu de* : 1892.
Page 233, ligne 7, *lire* : Imolési, *au lieu de* : Imola.
Page 235, ligne 22, *lire* : Soleure, *au lieu de* : Soleur.
Page 235, ligne 22, *lire* : Appenzell, *au lieu de* : Appenzel.
Page 236, ligne 27, *lire* : adapterait, *au lieu de* : adopterait.
Page 236, ligne 33, *lire* : de la psychiatrie, *au lieu de* : psychiatrie.
Page 237, ligne 25, *lire* : Zinn, *au lieu de* : Ziun.
Page 237, ligne 26, *lire* : Henne, *au lieu de* : Heune.
Page 238, ligne 35, *lire* : etc., lorsque, *au lieu de* : etc. Lorsque.
Page 239, ligne 33, *lire* : Elle, *au lieu de* : Ele.
Page 241, ligne 37, *lire* : Braendli, *au lieu de* : Brandli.
Page 242, ligne 13, *lire* : Zinn, *au lieu de* : Ziun.
Page 242, ligne 16, *lire* : Henne, *au lieu de* : Heune.
Page 242, ligne 19, *lire* : Monakow, *au lieu de* : Monakou.
Page 243, ligne 31, *lire* : Zürcher, *au lieu de* : Zürchez.
Page 244, lignes 7, 16, 19, 27 et 36, *lire* : Zinn, *au lieu de* : Ziun.
Page 245, ligne 5, *lire* : Zinn, *au lieu de* : Ziun.
Page 245, ligne 22, *lire* : avait paru, *au lieu de* : a paru.
Page 245, ligne 33, *lire* : Monakow, *au lieu de* : Monakou.
Page 246, lignes 3 et 7, *lire* : Monakow, *au lieu de* : Monakou.
Page 246, ligne 5, *lire* : hérédité et aliénation, *au lieu de* : hérédité en aliénation.
Page 246, ligne 17, *lire* : Fetscherin, *au lieu de* : Fetscheria.
Page 248, ligne 7, *lire* : Frauenfeld, *au lieu de* : Franc-feld.
Page 248, ligne 12, *lire* : Kreuzlingen, *au lieu de* : Kreuzlinger.
Page 248, lignes 13 et 26, *lire* : Münsterlingen, *au lieu de* : Münsterlinger.
Page 249, ligne 2, *lire* : Binswanger de Kreuzlingen, *au lieu de* : Biuswanger de Kreuzlinger.
Page 249, ligne 20, *lire* : Münsterlingen, *au lieu de* : Münsterlinger.
Page 249, ligne 39, *lire* : inconvénients qui s'aggravaient, *au lieu de* : inconvénients.
Page 249, ligne 37, *lire* : à St-Gall la première société, *au lieu de* : fondée la société.
Page 251, ligne 13, *lire* : 135,360, *au lieu de* : 105,360.
Page 251, ligne 13, *lire* : 127,336, *au lieu de* : 127,626.
Page 251, ligne 14, *lire* : 7,734, *au lieu de* : 7,774.
Page 251, ligne 27, *lire* : Lunier, *au lieu de* : M. Lunier.
Page 255, ligne 12, *lire* : Enzmann, *au lieu de* : Euzman.

Page 255, ligne 14, *lire* : d'Entlebuch, *au lieu de* : d'Eutlebuch.
Page 256, ligne 2, *lire* : Willisau, *au lieu de* : Willison.
Page 256, ligne 5, *lire* : Sempach, *au lieu de* : Seupach.
Page 259, ligne 8, *lire* : 271 personnes répondirent, *au lieu de* : 271 répondirent.
Page 259, ligne 32, *lire* : dans le tableau, *au lieu de* : de ce tableau.
Page 261, ligne 32, *lire* : sa mise à jour, *au lieu de* : sa prise à jour.
Page 261, *note à ajouter* : M. le professeur Forel m'a fait expédier les rapports qui me manquaient pour Zurich. — P. LADAME.
Page 262, ligne 20, *lire* : aliénés internés sur, *au lieu de* : aliénés sur. (1 aliéné sur 103 habitants).
Page 264, lignes 21 et 28, *lire* : Herisau, *au lieu de* : Herison.
Page 264, ligne 36, *lire* : Teufen, *au lieu de* : Tenfen.
Page 265, ligne 30, *lire* : Herisau, *au lieu de* : Herison.
Page 265, ligne 36, *ajouter après le mot secrétaire* : qui a eu l'obligeance de m'envoyer les rapports, et.
Page 266, ligne 1, *lire* : Engster, *au lieu de* : Eugster.
Page 266, ligne 15, *lire* : services, *au lieu de* : sesvices.
Page 267, ligne 26, *lire* : Thusis, *au lieu de* : Shusis.
Page 270, ligne 5, *lire* : convoquée par le Comité toutes les fois qu'il le jugera nécessaire, *au lieu de* : convoquée toutes les fois que le Comité en jugera la nécessité. — (*Remarque générale* : Tous les statuts ont été traduits de l'allemand).
Page 273, ligne 23, *lire* : Schaufelbuel, *au lieu de* : Schaufelduel.
Page 273, ligne 28, *ajouter après* : médecin-adjoint à Kœnigsfelden : qui a eu l'obligeance de m'envoyer les rapports.
Page 274, ligne 19, *lire* : préjugés contre, *au lieu de* : préjugés entre.
Page 280, ligne 35, *lire*: Prévoyance, *au lieu de*: Prévoyonce. — *Note à ajouter*: Les rapports m'ont été envoyés par M. Trechsel, pasteur à Gsteig. — P. LADAME.
Page 282, ligne 7, *lire* : Genève, *au lieu de* : Genèvre. — *Note à ajouter* : Je dois les rapports de Bâle à l'obligeance de M. le professeur Dr Wille. — P. LADAME.
Page 289, ligne 22, *lire* : Sorau, *au lieu de* : Sarau.

SÉANCE D'OUVERTURE DU CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE

(Session de La Rochelle 1893).

Séance du 1er août 1893.

Le Congrès de médecine mentale s'est ouvert le mardi 1er août 1893, à la salle haute de la Bourse.

M. E. Delmas, Député, Maire de La Rochelle, au nom de la Municipalité, souhaite la bienvenue aux membres du Congrès.

Dans l'assemblée on remarque la présence de M. le Dr G. Drouineau, Inspecteur général des établissements de bienfaisance, délégué de M. le Ministre de l'Intérieur, des membres de la Municipalité et des membres de la Commission de surveillance de l'asile de Lafond.

M. le Dr Christian, médecin de la maison nationale de Charenton, remercie la Municipalité de la bienveillance qu'elle veut bien témoigner au Congrès de médecine mentale.

M. Mabille, directeur-médecin de l'asile de Lafond, Secrétaire général provisoire du Congrès, donne lecture de lettres d'un certain nombre de membres adhérents que les circonstances ont empêché, à la dernière heure, de se rendre à La Rochelle.

C'est ainsi que M. Th. Roussel, M. J. Falret, M. Magnan, M. Motet, M. Raymond, le Professeur Mendelssohn, le Dr Semal, le Dr Meuriot, le Dr Lemoine, le Dr Ladame, le Dr Pichenot, le Dr Rey, le Dr Delannoy, le Dr Mordret, le Dr Chevalier-Lavaure, le Dr Paris, le Dr Hospital, le Dr Bourru, le Dr Boiteux, le Dr A. Carrier, le Dr Bouchard, le Dr Bouchereau, le Dr S. Garnier, le Dr Camuset, le Dr Dauby, le Dr Gallopain, le Dr Girma, le Dr Sizaret, le Dr Adam, le Dr Delaporte, le Dr Dupain, le Dr Guillemin, le Dr Guyot, le Dr Jeoffroy, le Dr Ritti, le Dr Pons, le Dr Martinencq, le Dr Riu, le Dr Vernet, expriment leurs regrets de ne pouvoir participer aux travaux du Congrès.

M. le Dr CHRISTIAN, Président de la Société médico-psychologique, invite ensuite l'assemblée à constituer son bureau.

M. le Dr RÉGIS demande alors la parole.

Je demande, dit-il, à présenter une observation relativement au mode de nomination du bureau.

Depuis quatre ans, dit-il, que le Congrès existe, c'est le Président de la Société médico-psychologique qui en a été chaque fois le Président. Il serait regrettable que cet usage, malgré l'excellence du choix, devînt une tradition absolue. Ce serait faire du Congrès qui doit garder un caractère essentiellement autonome et national une sorte de dépendance de la Société médico-psychologique de Paris.

Je demande qu'à l'exemple des Congrès similaires, en particulier du Congrès français de chirurgie, le Congrès de médecine mentale soit désormais appelé à élire par avance, à la fin de chaque session, un vice-Président, ou, si l'on veut, son Président de l'année suivante et cela bien entendu, hors ou dans le bureau de la Société médico-psychologique.

M. BRIAND propose comme M. RÉGIS une modification à l'art. 3 des statuts.

Il demande la nomination dans la dernière séance du Congrès du membre qui deviendra Président du futur Congrès.

M. BRISSAUD propose à son tour l'admission des neurologistes au Congrès de médecine mentale.

Plusieurs membres font observer que les neurologistes ont toujours trouvé bon accueil de la part des médecins aliénistes et que l'accès du Congrès leur est ouvert.

M. BRIAND et M. BRISSAUD insistent et pensent que le Congrès peut manifester sa volonté de voir les neurologistes s'associer aux travaux des aliénistes en modifiant l'appellation actuelle du Congrès.

Après plusieurs observations la discussion de ces différentes propositions est renvoyée à une des séances suivantes.

L'assemblée consultée, constitue son bureau de la façon suivante :

Présidents d'honneur :

MM. HÉLITAS, Préfet de la Charente-Inférieure.
DELMAS, Député, Maire de La Rochelle.

MM. Moizeau, premier Président à la Cour de cassation.
Monod, Directeur de l'Assistance publique.
Th. Roussel, Sénateur.
Drouineau, Inspecteur général des établissements de bienfaisance.
Le Dr Calmeil.
Le Dr Toutant, Président de la Société de médecine de La Rochelle.
Yvert, Président de la Commission de surveillance de l'asile de Lafond.

Président :

M. Le Dr Christian, médecin de la maison nationale de Charenton, Président de la Société médico-spychologique de Paris.

Vice-Présidents :

MM. Le Dr Doutrebente, Directeur médecin de l'asile de Blois.
Le Dr Cullerre, Directeur médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon.
Le Dr Régis, chargé du cours des maladies mentales de la Faculté de Bordeaux.
Le Dr Bajenow et le Dr Semidalow, de Moscou.

Secrétaire général :

M. Le Dr Mabille, Directeur médecin de l'asile de Lafond.

Secrétaire des séances :

MM. Le Dr Colin, médecin adjoint à l'asile de Lafond.
Le Dr Pactet, chef de clinique de la Faculté de Paris.

M. le Dr Christian, Président du Congrès, exprime ses remerciements pour l'honneur que ses collègues ont bien voulu lui faire.

M. Doutrebente, secrétaire général du Congrès de Blois, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

Au nom de M. le Dr Ansaloni, notre Trésorier du Congrès de Blois, j'ai l'honneur de vous présenter l'état des recettes et dépenses occasionnées pour l'organisation générale du Congrès, l'impression des rapports et comptes-rendus, les frais de poste et d'expédition des rapports et du volume, à chaque membre du Congrès.

ETAT des Recettes et Dépenses du Congrès des médecins aliénistes.

(Session de Blois 1892).

RECETTES.

Montant de 84 cotisations au Congrès.................	1,685 65
Reçu de M. Masson, pour vente de volumes du Congrès.	345 95
Total des recettes.............	2,031 60

DÉPENSES.

Achat d'un registre de comptes.........	1 50
Télégrammes..	1 70
Achat de 656 timbres-poste de 0,05 c. pour affranchissement d'imprimés..................................	32 80
Achat de 184 timbres-poste de 0,15 c. pour affranchissement de lettres, rapports, etc........................	27 60
Achat de 34 timbres-quittance de 0,10 c. apposés sur 34 reçus de cotisations à recouvrer.....................	3 40
Achat de 21 timbres-poste de 0,25 c. pour affranchissement de bordereaux de recouvrement de 31 cotisations...	5 25
Payé pour insuffisance d'affranchissement............	» 20
Payé pour envoi de rapports aux Drs Camuset, Riu et Séglas...........	3 »
Payé 5 taxes de 0,10 c. pour 5 bordereaux de recouvrement revenus impayés..................................	» 50
Payé à M. Lasbasses, imprimeur, pour impressions de plans	16 »
Payé à M. Imbert, charpentier, pour location et pose d'une tribune..........	35 »
Payé 2 cotisations à un banquet (Invités).............	25 »
Payé pour affranchissement à 0,75 c. l'un, de 74 volumes du Congrès envoyés à 74 membres....................	55 50
Déficit sur l'excursion à Chambord.................	38 25
Payé à M. Dorion, imprimeur, pour impressions diverses.	1,626 75
Payé à l'expéditionnaire du Congrès.................	55 »
A reporter.......	1,927 45

Report..........	1,927 45
Payé pour l'envoi à M. G. Masson de 115 volumes du Congrès..	4 15
Payé une traite du Progrès-médical (Planches-Bourneville)..	100 »
Total des dépenses...... ..	2,031 60

Il a été versé à M. G. Masson, libraire à Paris, 85 volumes dont il a fixé le prix de vente à 10 francs l'un.

Dr Ansaloni.

Vu et approuvé :

Le Secrétaire-général du Congrès de Blois,

Dr Doutrebente.

Le Congrès adopte les comptes présentés par M. Doutrebente, et M. le Président adresse à M. le Secrétaire général du Congrès de Blois les remerciements de l'assemblée.

M. le Président appelle ensuite la question à l'ordre du jour.

Les auto-intoxications dans les maladies mentales.

M. le Dr Régis résume son rapport sur les auto-intoxications dans les maladies mentales (voir page 1, et pour le résumé les conclusions du rapport, page 92).

La discussion s'ouvre aussitôt sur les conclusions de ce rapport.

M. le Dr Ballet donne lecture du travail suivant :

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES MENTALES

Par MM. Gilbert Ballet, Bordas et Roubinowitch.

Le Congrès nous semble avoir été bien inspiré en mettant à son ordre du jour la question des auto-intoxications dans les maladies mentales. On ne pouvait choisir un sujet plus d'actualité : aujourd'hui en effet, si nous ne nous abusons, la tendance générale est de

chercher la raison d'être des divers troubles psychiques beaucoup moins dans des lésions matérielles du système nerveux que dans les modifications de la nutrition des cellules ; la chimie biologique vise à se substituer à l'anatomie pathologique qui paraît décidément impuissante à nous donner la clef des maladies psychiques.

A l'envisager sous ses diverses faces, le rôle des intoxications dans la genèse des maladies mentales domine la psychiatrie presque tout entière : il est évident dans les psychoses dues à l'action d'un poison externe, comme l'alcool, la cocaïne, etc. , il nous apparaît comme non douteux dans la production des vésanies consécutives aux fièvres, aux lésions du rein ou du foie, aux infections de divers ordres ; enfin il semble intervenir jusque dans la détermination des psychoses en apparence les plus autonomes, la manie, la mélancolie, les folies dégénératives, etc. N'est-on pas en effet porté tout naturellement et presque forcément à penser que ces affections mentales, que n'expliquent aucune lésion histologique actuellement constatable, doivent dépendre de modifications congénitales ou acquises, permanentes ou accidentelles des fonctions d'assimilation et de désassimilation de la cellule nerveuse ?

A n'envisager que les intoxications d'origine interne, les auto-intoxications comme on les appelle, leur importance et la fréquence probable de leur intervention en pathologie mentale nous apparaissent telles que les problèmes soulevés par leur étude sont vraiment nombreux et complexes. Aussi eut-on peut-être bien fait de limiter le terrain de la discussion en nous demandant d'envisager la question par quelque côté restreint et précis plutôt que dans son vaste ensemble.

Cette limitation du sujet que le Congrès n'a pas imposée à ses membres, au risque, on nous permettra de le dire, de voir la discussion s'éparpiller, nous nous la sommes imposée à nous-même. S'il existe dans l'organisme des aliénés des produits toxiques anormaux, ces produits doivent passer dans les humeurs et s'y retrouver. Or de toutes les humeurs, celle dont l'étude est la plus facile, c'est incontestablement l'urine, et comme d'autre part ce liquide renferme les principaux produits d'élimination de l'économie, il était tout naturel de s'adresser d'abord à lui. C'est ce que nous avons fait à l'exemple de beaucoup de nos devanciers.

Deux genres de recherches peuvent être utilisées pour démontrer la présence dans l'urine des toxines fabriquées par l'économie : l'expérimentation qui nous révèle la toxicité plus ou moins grande du liquide d'excrétion, et l'analyse chimique qui seule est susceptible

de nous fournir des renseignements précis sur la nature de ces toxines. Nous avons eu recours à ces deux moyens d'investigation.

I. Recherches expérimentales.

Détermination du degré de toxicité des urines d'aliénés au moyen de l'injection de ces urines dans la circulation du lapin.

(Faites en collaboration avec M. Roubinowitch).

A. — Dans nos recherches expérimentales sur l'urine des aliénés nous nous sommes inspirés des enseignements et de la méthode de M. le Professeur Bouchard et de ses élèves.

Cette méthode qui consiste à injecter l'urine des malades à des animaux, et à juger du degré de sa toxicité d'après les effets observés chez ces animaux, a donné, on le sait, en pathologie, d'intéressants résultats. Aussi semblait-il tout indiqué de l'appliquer à la pathologie mentale. C'est ce qu'ont fait divers auteurs : Chevalier-Lavaure, Mairet et Bosc, Dubois et Weil, Bœck et Schloss, Brugia (avec quelques modifications de procédé).

MM. Mairet et Bosc sont de tous ces auteurs, ceux qui ont tiré de leurs expériences les conclusions les plus catégoriques. Leurs recherches en effet les ont conduits à rien moins qu'à diviser les vésanies en deux grandes classes : 1° Les vésanies-névroses dans lesquelles la toxicité urinaire se rapproche de la toxicité normale, les modifications de cette toxicité étant liées au degré d'intensité de l'affection (intensité de l'agitation dans la manie, de la dépression dans la mélancolie) ; 2° les vésanies par trouble de la nutrition, dans lesquelles la toxicité urinaire est en relation étroite avec la nature de l'affection mentale, psychose infectieuse, puerpérale, pubérale, etc.

La méthode qui consiste à apprécier le degré de toxicité de l'urine d'après les effets constatés chez un animal (lapin ou chien) dans le torrent circulatoire duquel on injecte ce liquide, a-t-elle, au point de vue particulier qui nous occupe, toute la valeur qu'on lui a attribuée? Après avoir pendant un an expérimenté cette méthode nous ne pouvons nous défendre d'émettre à ce sujet quelques doutes.

Il n'est pas besoin de faire remarquer qu'un procédé qui vise simplement à étudier l'action toxique d'un composé aussi complexe que l'urine est un procédé bien empirique. Ce n'est pas à la vérité une raison pour rejeter un moyen d'investigation qui peut après tout, donner des renseignements intéressants ; mais c'en est une pour ne

tirer de ce genre de recherches que des conclusions réservées et pour éviter de fonder sur les seuls résultats de ces dernières des distinctions nosologiques radicales.

Au reste si l'on peut admettre que l'expérimentation avec l'urine faite dans des conditions toujours identiques, doit donner des résultats toujours concordants, il n'en subsiste pas moins que dans la pratique les causes de variations dans les conditions de l'expérience sont tellement nombreuses que les conclusions reposent sur une base assez fragile.

On nous permettra d'appeler l'attention (nous ne sommes pas les premiers à le faire) sur quelques-unes des causes de ces variations telle que la pratique des injections nous les a révélées, et d'indiquer en même temps comment dans nos expériences nous avons cherché à les éviter.

La *vitesse* de l'injection est un élément dont il est nécessaire de tenir grand compte. MM. Mairet et Bosc ont remarqué déjà qu'en procédant avec trop de rapidité on peut tuer l'animal en expérience avec des doses notablement inférieures à celles nécessaires pour amener la mort lorsqu'on opère avec lenteur. Dans nos recherches nous nous sommes attachés à injecter, avec une vitesse aussi uniforme que possible, en moyenne de 4 à 6 centimètres cubes de liquide par minute. Mais en pratique il est impossible de procéder toujours avec la même rapidité : en fait nos chiffres oscillent entre 1 et 10.

La *température* de l'urine est encore un facteur important, dont on nous semble ne s'être pas toujours préoccupé suffisamment. MM. Mairet et Bosc la chauffent au bain-marie avant de l'injecter. Nous avons pris la même précaution de façon à nous servir d'un liquide d'une température voisine de celle de l'animal en expérience.

Il est à peine besoin de dire que pour pouvoir tirer des conclusions valables des résultats obtenus il est nécessaire de connaître la *quantité totale* des urines de vingt-quatre heures ou tout au moins de celles de la journée ou de celles de la nuit, or cette notion fait souvent défaut quand on a affaire aux aliénés chez lesquels la récolte du liquide urinaire est d'habitude difficile. Aussi s'expose-t-on à de grossières erreurs dans le calcul du coefficient uro-toxique lorsqu'on se contente d'expérimenter avec un simple échantillon du produit d'excrétion. Nous nous sommes efforcés d'éviter cette cause d'erreur de façon à ce que, de son fait, les résultats obtenus fussent viciés le moins possible : mais nous devons reconnaître que, même secondé par un personnel diligent, on n'y réussit que d'une façon incomplète.

D'autre part le chiffre quotidien des urines varie souvent considérablement d'un jour à l'autre. La variation est due surtout à la quantité plus ou moins grande de l'eau : cinq centimètres cubes d'une urine très concentrée sont évidemment, au moins dans la règle, plus toxiques que cinq centimètres cubes d'une urine diluée. Pour éviter les variations dans les résultats qui peuvent provenir de ce chef nous nous étions demandés si on ne se placerait pas dans des conditions expérimentales plus uniformes et plus précises en ramenant la quantité des urines des vingt-quatre heures à un chiffre toujours le même par élimination de l'eau en surplus. Et il sera peut-être intéressant de signaler au Congrès les résultats des tâtonnements que nous avons faits dans ce but. Nous avons placé les urines dans un ballon de verre plongé lui-même dans un vase en porcelaine rempli d'eau et chauffé sur une lampe à gaz : celles avec lesquelles nous avons fait nos premiers essais avaient été ainsi réduites par évaporation au quart environ de leur quantité totale. Or leur toxicité a été beaucoup plus grande que ne le comportait leur degré de réduction : Dans les expériences 34, 36, 37 de notre tableau, nous avons obtenu la mort immédiate du lapin après injection de 4 centimètres cubes ; — 4,2 ; — 5,5 centimètres cubes par kilogr. ; ce qui donne les coefficients uro-toxiques énormes de 1,7 ; 1,72 ; 1,3. — A quoi attribuer cette hypertoxicité des urines réduites à chaud ? Vraisemblablement à une transformation de certains de leurs éléments constitutifs. Nous devons dire que l'analyse chimique faite par l'un de nous n'a pas permis de décéler la cause du phénomène. — Nous avions, en présence de ces faits, songé à évaporer les urines à froid dans le vide. Mais le procédé est long, demande un outillage spécial que nous ne possédions pas : nous n'avons pu y recourir.

Le *régime alimentaire* et *médicamenteux* peut, on le conçoit, faire varier d'un malade à l'autre et d'un jour à l'autre chez le même malade le coefficient uro-toxique. On sait notamment (Bouchard-Roger) que le régime lacté diminue notablement ce coefficient. Nous avons vérifié le fait dans trois de nos expériences (Exp. 8, 9 et 10). S'il en est ainsi, pour dégager la part qui revient à la maladie dans le chiffre de la toxicité de l'urine, il serait nécessaire de n'expérimenter que sur le produit d'excrétion de malades soumis à un régime uniforme, proportionné, bien entendu, au poids de l'individu. Or cette condition n'est pas toujours facile à réaliser chez des aliénés dont les uns refusent partiellement ou complètement les aliments, tandis que d'autres au contraire mangent d'une façon vorace. Nous nous sommes efforcés

toutefois de la remplir le mieux possible. Nous indiquons plus loin le régime suivi par les divers malades sur les urines desquels nous avons expérimenté.

Une autre circonstance nous a semblé introduire dans les expériences un élément aléatoire important, c'est la variation de *résistance individuelle* des divers lapins (nous n'avons opéré que sur le lapin). On part en général de ce principe que la résistance aux substances toxiques est en raison directe du poids de l'animal : le fait peut être vrai dans une certaine mesure et à l'égard de certains poisons ; mais il n'est certainement pas vrai à l'égard de tous. Il semble difficile de le faire admettre par des aliénistes qui constatent tous les jours par exemple que la résistance à l'intoxication alcoolique n'a rien à faire avec le poids de l'individu. Les expériences d'Arnaud n'ont-elles pas montré qu'un quart de milligramme d'ouabaïne suffit à tuer un éléphant aussi bien qu'un lapin ? D'ailleurs c'est un fait d'observation courante que les lapins blancs sont plus résistants que les lapins gris. Ce qui est vrai pour deux individus de race différente paraît l'être aussi pour divers individus de même race. Au cours de nos expériences nous avons acquis la conviction que sur les lapins achetés au marché dans les conditions où se fournissent journellement les laboratoires, on trouve, abstraction faite du poids, des variations de résistance importantes, du moins dans les recherches de la nature de celles auxquelles nous nous sommes livrés.

Nous citerons en passant quelques-unes de nos expériences qui prouvent ces variations quelquefois singulières et difficilement explicables. *L'eau distillée* injectée à raison de 14 centimètres cubes par kilogr. a tué un fort lapin de 2 kil. 985 gr. (Exp. 38).

On sait à la vérité que l'eau distillée est toxique. Mais notre chiffre s'éloigne sensiblement de ceux indiqués par MM. Mairet et Bosc qui ont obtenu la mort éloignée après l'injection de 25 centimètres cubes par kilogr. et la mort immédiate seulement après injection de 90 à 102 centimètres cubes.

Nous avons, en employant l'*eau filtrée*, tué des lapins avec 16, 16 1/2, 25 centimètres cubes par kilogr. (Exp. 39, 40, 41).

Nous avons préparé une *urine artificielle* en mélangeant à un litre d'eau filtrée 30 grammes d'urée, 10 grammes de chlorure de sodium, 10 grammes de sulfate de soude, 1 centigramme de potasse, 4 centimètres cubes d'une solution saturée de phosphate de soude, 1 centimètre cube d'ammoniaque liquide, et 1 centimètre cube de sulfhydrate d'ammoniaque. 9 centimètres cubes 1/2 de ce liquide (Exp. 42) ont

provoqué la mort du lapin avec convulsions tétaniformes d'une grande intensité, exophthalmie et hyperthermie.

De ces expériences, dont les résultats surprennent, nous rapprocherons celles que nous avons faites chez trois sujets avec du rhum coupé au tiers d'eau filtrée. Ici les résultats sont assez concordants. Dans un cas, avec 37 centimètres cubes, dans un autre, avec 35 centimètres cubes (Exp. 43 et 44) nous avons déterminé l'ivresse comateuse, des convulsions et la mort. Chez un troisième lapin, avec 31 centimètres cubes par kilog., il y a eu simplement mort apparente, puis retour à la santé.

Si nous sommes entrés, Messieurs, dans les développements qui précèdent, c'est que nous sommes convaincus de la nécessité qu'il y a d'unifier la technique et de se placer toujours dans des conditions d'expérimentation identiques ou au moins comparables si l'on veut tirer des résultats de l'injection des urines au lapin ou à tout autre animal des conclusions de quelque valeur. Nous sommes persuadés en outre, qu'en ce qui concerne du moins les recherches relatives à la pathologie mentale, il faut tenir pour défectueuses à quelque titre les expériences dans lesquelles on ne procède pas avec des échantillons prélevés sur les urines totales des 24 heures, comme celles où l'on ne prend pas soin de ramener ces urines totales à un chiffre uniforme et d'unifier le régime.

Ces diverses conditions n'ayant pu être réalisées qu'en partie dans nos études, nous n'ajoutons qu'une valeur relative aux résultats que nous avons obtenus et dont nous allons maintenant vous faire connaître les principaux. Nous ne ferons que les résumer ici. L'on trouvera à la suite de notre communication des pièces justificatives où figure, avec l'indication des principaux troubles mentaux présentés par chaque malade, le détail de nos diverses expériences.

B. — On sait que, d'après M. Bouchard, la quantité d'urine normale nécessaire pour tuer un lapin oscille entre 30 et 60 centimètres cubes par kilogramme d'animal ; elle est en moyenne de 45 centimètres cubes. D'après MM. Mairet et Bosc il faudrait pour amener la mort, injecter de 70 à 90 centimètres cubes. Nos expériences personnelles plaident plutôt en faveur du chiffre de M. Bouchard : le coefficient urotoxique que nous avons rencontré se rapproche notablement de celui proposé par ce maître, 0,464.

Cela dit, voici les résultats obtenus avec l'urine de nos malades.

a. Mélancoliques. — Nous avons fait six expériences avec les urines de trois mélancoliques franches.

La première (Exp. 14) est relative à la malade Rich..., âgée de 35 ans, affectée de mélancolie dépressive avec paroxysmes anxieux. A l'époque de l'expérience (11 avril 93), Rich... était triste, déprimée avec des idées de culpabilité très accusées, état saburral de la langue et constipation opiniâtre. Les urines utilisées pour l'injection ont été prélevées sur la totalité de celles de 24 heures (un litre). Après injection de 20 centimètres cubes par kilogr., le lapin est pris de convulsions épileptiformes, la respiration devient extrêmement laborieuse, la température descend d'un degré, les pupilles sont notablement rétrécies. Avec 26 centimètres cubes nouvelle convulsion généralisée avec myosis extrême des pupilles. Avec 30 centimètres cubes troisième convulsion épileptiforme et mort. Le coefficient urotoxique a été dans ce cas de 0,618 ; les urines étaient donc nettement hypertoxiques.

Deux jours après nous avons fait une nouvelle expérience avec les urines de la même malade. 30 centimètres cubes par kilogramme ont amené un état comateux d'une durée de douze heures, après quoi le lapin est revenu à l'état normal (Exp. 15).

Troisième et quatrième expérience avec l'urine de la malade Le Br... : mélancolique typique affectée de constipation. Quantité totale des 24 heures : un litre.

L'injection de 4 centimètres cubes par kilogr. d'animal détermine des convulsions épileptiformes avec rétrécissement des pupilles et abaissement de la température de 39° à 38°. A 5 centimètres cubes 5 survient une nouvelle attaque convulsive et de l'exophtalmie ; enfin à 7,5 centimètres cubes troisième attaque et mort. Le coefficient urotoxique est dans ce cas égal à 2,6 (Exp. 16).

Nous contrôlons immédiatement cette expérience par une autre. Nous prenons un lapin d'un poids à peu près égal à celui du précédent (Exp. 17). Notons que ce lapin avait déjà supporté victorieusement une expérience antérieure, depuis laquelle il avait engraissé de 430 grammes. Après injection de 8,5 centimètres cubes par kilogr., première attaque épileptiforme sans myosis. Avec 9 centimètres cubes 8, deuxième attaque, myosis et exophtalmie légère. A 11 centimètres cubes par kilogr. les convulsions se reproduisent et la mort survient. La légère différence entre les résultats des deux expériences pratiquées le même jour s'explique évidemment par la résistance différente des deux lapins.

Cinquième expérience (Exp. 18) avec l'urine de la malade Couv... : mélancolique en voie d'amélioration. Quantité totale des 24 heures :

deux litres. A 30 centimètres cubes par kilogr. l'animal devient absorbé, somnolent ; la température tombe de 39° à 37°, la respiration de 42 à 36. Cet état dure douze heures et le lendemain on constate le retour à l'état normal. La toxicité a été ici peu prononcée, ce qu'on pourrait expliquer par l'amélioration déjà accusée de l'affection mentale.

Cette même malade étant complètement rétablie, nous prélevons un échantillon sur les urines des 24 heures (1 litre 1/2) (Exp. 19); à 9 centimètres cubes, dyspnée, tendance à l'exophtalmie sans myosis. A 18 centimètres par kilogr., convulsions généralisées et mort.

A priori on eut été en droit de s'attendre à un résultat autre. On voit que dans ce cas les urines de l'état normal ont été plus toxiques que celles recueillies au cours de la maladie. La différence de la quantité totale des urines des 24 heures aux deux époques ne suffit pas à expliquer l'écart.

Malgré la singularité de ces deux derniers résultats, si nous osions tirer une conclusion des précédentes expériences, nous dirions que *chez les mélancoliques les urines sont d'habitude hypertoxiques.* Sur ce point les résultats que nous avons obtenus concordent avec ceux auxquels sont arrivés MM. Chevalier-Lavaure, Bœck et Schloss, Brugia, Mairet et Bosc.

b. Maniaques. — On sait que d'après les recherches de MM. Chevalier-Lavaure et Brugia, l'urine des maniaques serait hypotoxique. MM. Mairet et Bosc ont au contraire observé l'hypertoxicité dans la manie avec agitation. Nos expériences sont trop peu nombreuses pour nous autoriser à confirmer ou à infirmer les constatations des précédents auteurs. Nous en avons fait trois seulement et deux d'entr'elles ont été pratiquées à une époque où nous nous préoccupions surtout d'étudier l'action des faibles doses d'urines ; nous n'avons pas poussé les choses jusqu'à la mort des lapins. Quoiqu'il en soit, s'il nous était permis de tirer une conclusion de ces recherches insuffisantes, nous dirions que l'urine des malades affectés de manie nous a semblé notablement moins toxique que celle des mélancoliques. (Exp. 20, 21, 22).

c. Confusion mentale. — La confusion mentale qui a depuis peu retrouvé dans notre nomenclature la place qu'on avait eu le tort de lui enlever, paraît être au moins dans la grande majorité des cas sous la dépendance d'une infection de l'organisme. Il était dès lors à présumer que chez les malades affectés de ce trouble mental la toxicité urinaire s'accroît.

Voici sans commentaires les résultats de nos expériences chez deux malades.

Première malade : Pon... atteinte de confusion mentale puerpérale. Une première injection est faite avec l'urine recueillie alors que le trouble mental était très accusé. Quantité d'urine des 24 heures recueillie : un litre. On injecte à un lapin blanc 26 centimètres cubes par kilog. On constate de la dyspnée, de la mydriase, un abaissement de température de 2 degrés, puis un état comateux profond qui dure 16 heures et enfin la mort. Coefficient uro-toxique 0,692, par conséquent hypertoxicité nette. (Exp. 23).

Plus tard, pendant la période de convalescence, nous pratiquons une seconde injection ; 26 centimètres cubes par kilogr. ne produisent plus que des accidents insignifiants. (Exp. 26). Mais il faut noter que la quantité des urines de 24 heures était alors de deux litres.

Deuxième malade : Lecl... atteinte de confusion mentale accompagnée au début de fièvre et d'embarras gastrique et consécutive à des fatigues. 15 centimètres cubes d'urine par kilogr. ont suffi à tuer le lapin. Durant la convalescence la toxicité a diminué notablement. L'observation de cette jeune fille a été communiquée à la Société médicale des hôpitaux le 9 juin 1893 ; nous y ferons de nouveau allusion à la fin de cette communication.

d. Dégénérescence mentale. — Sous cette étiquette nous classons les malades chez lesquels les troubles délirants de quelque nature qu'ils soient (maniaques, mélancoliques, délires systématisés), se développent sur un fond habituel de débilité intellectuelle ou de déséquilibration mentale. C'est un groupe très complexe, il n'est pas besoin de le dire. Les expériences pour lesquelles nous avons utilisé les urines de ces malades, ont visé tantôt des dégénérés en dehors des périodes délirantes, tantôt des dégénérés affectés de délires partiels, tantôt enfin des dégénérés en état de dépression mélancolique ou d'excitation maniaque. Les résultats en ont été très variables, comme on devait s'y attendre. Nous ne chercherons pas à les résumer, cela n'aurait aucun intérêt ; nous nous contentons de renvoyer au détail de nos expériences, qui pourront peut-être être utilisées dans des recherches ultérieures.

Notons seulement que l'urine de Varl..., hystérique dégénéré, non délirant, a tué le lapin à la dose de 9 centimètres cubes. C'est l'urine la plus toxique que nous ayons rencontrée.

De toutes ces expériences, au nombre de 45, nous sommes obligés de reconnaître qu'il ne ressort rien de bien net, si ce n'est peut-être

l'hypertoxicité de l'urine des mélancoliques, et à la rigueur de l'urine des malades affectés de confusion mentale.

Nous aurions attendu pour publier ces résultats encore fort insuffisants, si la question n'avait été mise à l'ordre du jour du Congrès. Il ressortira tout au moins de nos recherches que la méthode des injections d'urine appliquée à l'étude des auto-intoxications en pathologie mentale exige, pour être fructueuse, l'entente préalable entre les expérimentateurs sur les conditions et la technique des expériences ; cette entente, il faut bien le dire, a fait défaut jusqu'à ce jour, mais elle pourrait résulter des discussions et délibérations du Congrès. On ne saurait méconnaître d'ailleurs que les questions soulevées par l'emploi du procédé expérimental que nous visons, sont des plus complexes. Pour n'en indiquer qu'une seule, à supposer démontré le fait empirique de l'hypertoxicité des urines des mélancoliques, n'est-il pas important et difficile à la fois de rechercher la cause immédiate du phénomène ? Faut-il attribuer l'hypertoxicité à un trouble de nutrition duquel relèverait la mélancolie ? Ou, n'est-on pas en droit, comme nous le pensons, de la rattacher aux fermentations anormales dont l'estomac et l'intestin paraissent être le siège chez des malades habituellement constipés et dont la langue et l'odeur de l'haleine révèlent un état saburral accusé des voies digestives ? Le problème vaut la peine qu'on s'y arrête.

Beaucoup d'autres sont dans ce cas, qui se présentent à l'esprit à chaque pas, au cours des expériences. Aussi bien avons-nous visé dans cette communication, moins à apporter des résultats concluants qu'à signaler les desiderata d'une méthode de recherches dont il serait fâcheux de méconnaître et dangereux d'exagérer sa valeur.

II. Analyses chimiques.

Recherche des ptomaïnes dans les urines des aliénés.

(En collaboration avec M. Bordas).

Nous ne saurions souscrire à l'opinion émise par MM. Régis et Chevalier-Lavaure en ce qui concerne l'intérêt que peut présenter l'analyse chimique des urines au point de vue du problème des auto-intoxications dans leur relation avec la pathologie mentale. « L'étude de la composition chimique de l'urine n'a, disent ces auteurs, qu'une importance relative dans le problème de l'auto-intoxication. »

Tel n'est pas notre sentiment. Nous pensons, au contraire, qu'il

faut faire appel à tous les procédés d'information dans cette question complexe et d'une solution difficile.

MM. Mairet et Bosc attribuent l'hypertoxicité de certaines urines d'aliénés aux matières colorantes et à la potasse. Nous nous sommes préoccupés, avec M. Bordas, de rechercher la part qu'il convenait de faire aux ptomaïnes, ou, pour parler un langage plus précis, aux leucomaïnes.

On sait que dans les urines d'un individu normal on ne trouve pas de leucomaïnes. Tout au moins pour en déceler des traces, il faut procéder sur de très grandes quantités d'urine (300 litres d'après M. Pouchet).

Or, voici les résultats que nous ont fournis nos recherches, qui ne sont encore, hâtons-nous de le dire, qu'à leur début.

1° Nous avons d'abord fait par notre méthode (voir aux pièces justificatives) l'examen de l'urine de *cinq* individus normaux. Nous n'y avons pas trouvé de leucomaïnes.

2° Nous avons ensuite analysé l'urine de *dix* malades.

Chez *quatre*, il n'y avait pas de leucomaïne. Ces quatre malades étaient les suivants :

Tartar... : dégénéré, affecté d'excitation maniaque.
Astr... (femme) : manie aigue.
Tram... (femme) : dégénérée, avec délire mystique.
Pon... (femme) : Confusion mentale puerpérale.
Chez *six* autres nous avons trouvé des ptomaïnes.

Pour qu'on puisse s'orienter à l'inspection des figures qui représentent les cristaux de ces ptomaïnes combinées à l'acide picrique, nous croyons devoir faire passer en premier lieu, sous les yeux des membres du Congrès, cinq photographies représentant des picrates d'alcaloïdes connus (Picrate de morphine, fig. 1), (Picrate d'atropine, fig. 2), (Picrate de thébaïne, fig. 3), (Picrate de cocaïne, fig. 4), Picrate de pilocarpine, fig. 5).

Fig. 1.

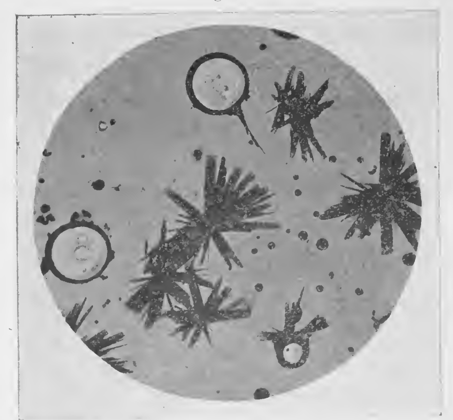


Fig. 2.

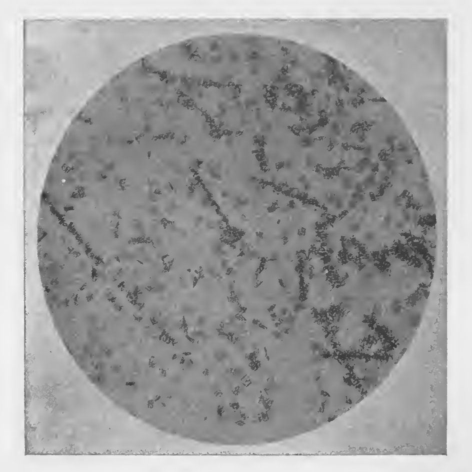


Fig. 3.

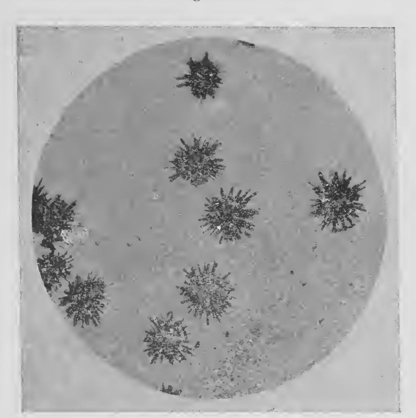


Fig. 4.

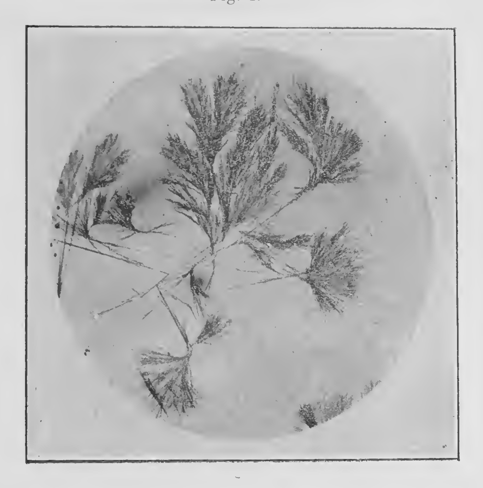
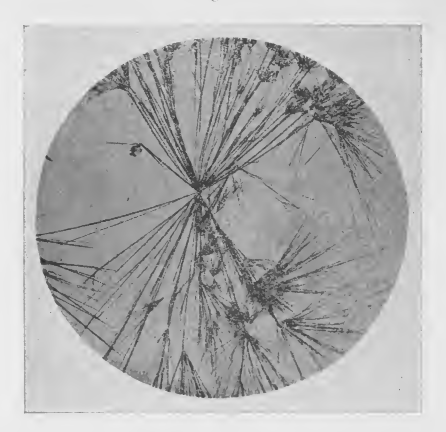


Fig. 5.



On comparera avec les figures de ces picrates alcaloïdiques, celles des picrates de ptomaïnes suivants :

Fig. 6. Picrate de ptomaïne du sang putréfié.

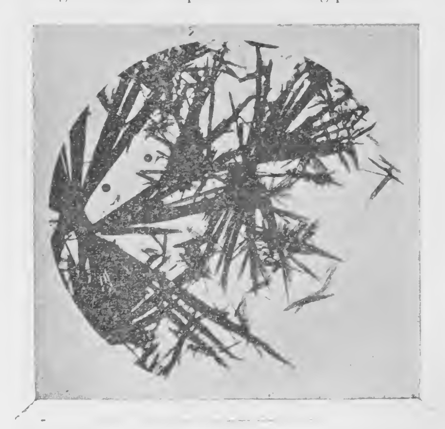


Fig. 7. Deux ptomaïnes des viscères putréfiés.



Fig. 8. Une ptomaïne du foie putréfié

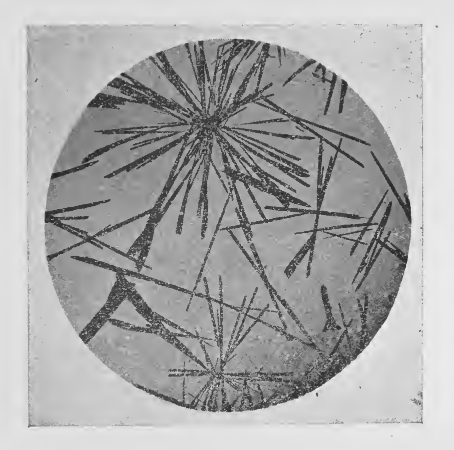
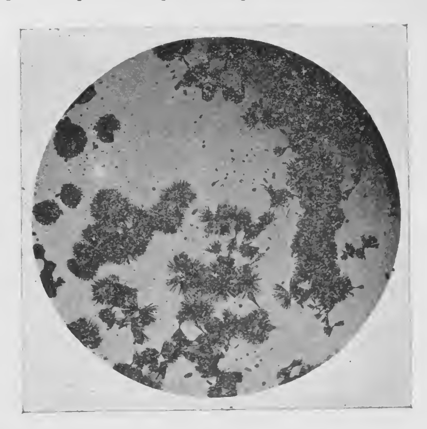




Fig. 9. Un picrate de ptomaïne provenant de l'intestin.



Un coup d'œil jeté sur les photographies qui précèdent, permettra de saisir aisément les analogies et les différences qui existent entre les alcaoloïdes et les ptomaïnes qu'elles représentent et celles trouvées chez nos malades.

Revenons à ces dernières.

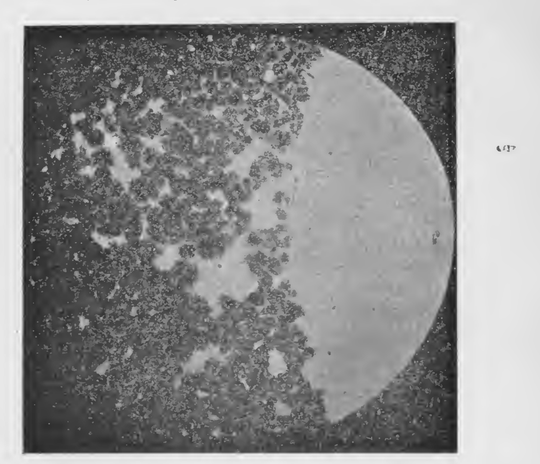
Chez Blanch... (agitation maniaque) : l'analyse chimique a décelé une ptomaïne non toxique (Fig. 10).



Chez Trisch... (agitation maniaque) : ptomaïne non toxique (Fig. 11).



Chez Jul..., Marie (dépression mélancolique) : ptomaïne non toxique.
Chez Rich... (mélancolique) : ptomaïne toxique (Fig. 12).



Chez Mans... (dégénérée avec dépression mélancolique). Ptomaïne non toxique (Fig. 13).



Remarquons que chez Rich... les urines se sont montrées hypertoxiques ; mais chez Mans... on a constaté le même fait quoique la ptomaïne rencontrée dans l'urine de cette malade fut sans toxicité. Ce qui prouve que, chez cette femme au moins, il faut attribuer à d'autres agents l'hypertoxicité du liquide rénal.

Il nous reste à vous entretenir d'une dernière malade sur laquelle nous désirons appeler spécialement votre attention. Nous avons déjà communiqué l'observation de cette femme à la Société médicale des hôpitaux (1). Il s'agit de la malade Lecl... affectée de confusion mentale consécutive à des fatigues physiques et à des préoccupations morales.

Chez cette jeune fille nous avons constaté : 1° cliniquement, de la fièvre, avec état saburral des voies digestives, et de la confusion mentale, c'est-à-dire l'état psychique qui paraît être plus spécialement en rapport avec les infections et les auto-intoxications ; 2° l'hypertoxicité de l'urine ; 3° la présence dans celle-ci d'une ptomaïne très toxique. (Fig. 14).

Fig. 14.



(1) Soc. méd. des hôpitaux. 2 juin 1893.

Ce cas est particulièrement intéressant parce que tout concourt ici à démontrer l'auto-intoxication ; et l'analyse chimique des urines, et l'expérimentation et la forme du trouble mental.

Il n'en est pas de même, vous l'avez remarqué, dans les autres cas que j'ai cités. Chez Rich... seulement nous avons vu l'hypertoxicité urinaire coïncider avec la présence dans l'urine d'une leucomaïne toxique.

Nous nous contentons, Messieurs, de vous indiquer les résultats auxquels nous ont conduits des recherches qui sont seulement à leur début et que nous n'aurions pas eu la pensée de communiquer encore, si nous n'y avions été sollicités par le titre de la question mise à l'ordre du jour du Congrès.

Nous pensons d'ailleurs qu'en matière d'auto-intoxication, on ne saurait actuellement formuler des lois et établir des règles ; nous en sommes encore à la période de tâtonnement et d'analyse. Il est utile que chacun fasse connaître le résultat de ses efforts, ne fut-ce que pour montrer les difficultés multiples qui se présentent à chaque pas dans l'étude d'une des questions les plus complexes de la pathologie mentale. Pour l'heure, si nous jugeons, d'après nos propres recherches, nous pensons qu'il serait téméraire de songer même à une ébauche de synthèse. Le mieux est de s'attacher à l'étude des faits particuliers, en attaquant le problème autant que possible par ses multiples côtés.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

relatives à nos recherches expérimentales.

Nous avons jugé indispensable de faire suivre notre communication de diverses pièces justificatives auxquelles, du reste, nous avons souvent, chemin faisant, renvoyé le lecteur.

Ces pièces comprennent : 1° quelques explications relatives à notre technique expérimentale ; 2° l'observation résumée des malades dont nous avons utilisé les urines ; 3° les procès-verbaux de nos principales expériences.

Nous nous sommes servis pour pratiquer les injections d'un appareil très simple, fabriqué par Fontane et qui consiste en un petit siphon gradué d'une contenance de 100 centimètres cubes, muni en

bas d'une embouchure à robinet à laquelle s'adapte un tube en caoutchouc ayant à son extrémité opposée une aiguille de Pravaz. En haut du siphon on trouve un système de tubulures et de robinets par lequel on introduit le liquide, tout en faisant le vide dans le siphon. Une de ces tubulures reçoit un autre tube en caoutchouc se terminant par une poire dont la compression chasse le liquide par l'aiguille. Il est facile de régler la vitesse en comprimant plus ou moins la poire.

Le régime alimentaire des individus en expérience était tantôt ordinaire, tantôt exclusivement lacté.

L'ordinaire consistait dans le menu suivant : le matin, bol de chocolat d'une contenance d'un demi-litre, à peu près. A onze heures, potage gras, beefteck de 100 gr. et 100 gr. de pommes de terre. A 3 heures, un bol de lait d'un demi-litre. A 5 heures 1/2, un potage maigre, deux œufs et 20 gr. de fromage de gruyère. De plus, pour toute la journée, 500 gr. de pain, 160 centimètres cubes de vin et un 1/2 litre de tisane vineuse. Autant que la chose est réalisable dans un service d'aliénés, nous avons fait recueillir la totalité des urines de 24 heures. Ces urines étaient filtrées, examinées au point de vue de leur densité, de leur réaction et de la présence d'éléments anormaux. Si leur acidité était trop prononcée, nous ajoutions une petite quantité de bicarbonate de soude. Ensuite, nous chauffions l'urine au bain-marie. La vitesse d'injection était réglée à raison de 4 à 6 centimètres cubes en moyenne par minute. Mais, plusieurs fois, nous sommes restés au-dessous ou nous nous sommes élevés au-dessus de cette moyenne.

Enfin, nous avons toujours eu soin de constater le poids et la race du lapin.

Après l'exposé détaillé de nos principales expériences, le lecteur trouvera un tableau général qui résume toutes celles que nous avons faites.

Expérience n° 1. (4 octobre 1892).

Urines normales de la nommée *Raff...*, infirmière, bien portante, âgée de 22 ans, suivant un régime ordinaire.

Caractères des urines de 24 heures (du 3 au 4 octobre) :

Quantité : 1 litre.
Réaction : légèrement acide.
Densité : 1014.
Absence d'albumine et du sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Poids : 2 kil. 370 gr.
Race : blanc.
Pupilles : très dilatées.
T° rectale : 38°,9.
Respiration : 156 par 1'.
Cœur : 110 par 1'.

Injection de 15 centimètres cubes par kilogr. à raison de 7 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin après l'injection :

T° rectale : 38°.
Pupilles : aussi dilatées.
Respiration : 120 par 1'.
Cœur : 132 par 1'.
Aussi vif qu'avant l'expérience.

10 minutes après l'injection : retour à l'état normal, sauf quelques frissons qui l'agitent continuellement.

Expérience n° 2. (4 octobre 1892).

Urines normales de Mlle *Per...*, institutrice, 24 ans, bien portante, suivant un régime ordinaire.

Urines de 24 heures : 1 litre 1/2.

Réaction : acide.
Densité : 1010.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Poids : 2 kil. 820 gr.
T° rectale : 39°.
Respiration : 40 par 1'.
Pupilles très larges.

Injection de 30 centimètres cubes d'urine par kilogr. à raison de 4 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

T° rectale : 39°.
Respiration : 60 par 1'.
Pupilles : rétrécies de moitié.
Vivacité un peu moindre.
Frissons légers.
Miction et défécation.

Un 1/4 d'heure après :

Pupilles : un peu plus rétrécies.

Faiblesse des membres.

Une 1/2 heure après :

Retour à l'état normal.

Expérience n° 3. (17 septembre 1892).

Urines normales de M. *Faiv*..., garçon de laboratoire, âgé de 30 ans, bien portant, mis au régime ordinaire.

Urines de 24 heures : 1100 centimètres cubes.

Densité : 1020.

Réaction : acide, neutralisée avec un peu de bicarbonate de soude.

Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Poids : 2 kil. 115 gr.

T° rectale : 39°.

Respiration : 150 par 1'.

Battements du cœur : 162 par 1'.

Injection de 10 centimètres cubes par kilogr. à raison de 1 centimètre cube par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

T° rectale : 38°.

Pupilles : léger myosis.

Respiration : 90 par 1'.

Absorbé toute la journée.

Expérience n° 4. (19 septembre 1892).

Urines normales de M. *Faiv*..., le même que dans l'expérience précédente.

Urine de 24 heures : 1 litre 400.

Densité : 1025.

Réaction : légèrement acide.

Pas d'albumine ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Poids : 2 kil. 625 gr.

T° rectale : 39°.

Pupilles : dilatées.

Respiration : 110 par 1'.

Injection de 15 centimètres cubes par kilogr. à raison de 2 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

T° rectale : 38°.
Respiration 100 par 1'
Pupilles : rétrécies.
Somnolence.

Une 1/2 heure après : Pupilles plus rétrécies.
Respiration 60 par 1'.

10 heures après : T° rectale : 40°.

Quatre jours après : A maigri de 45 gr.

Expérience n° 5. (10 octobre 1892).

Urines normales du même M. *Faiv...*

Urines prises à 10 heures du matin : 100 gr.
Réaction : acide.
Densité : 1024.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Poids : 2 kil. 387 gr.
Race : blanc.
Etat général : très vif.
Pupilles : dilatées.
T° rectale : 39°.
Respiration : 102 par 1'.
Cœur : 138 par 1'.

Injection de 15 centimètres cubes par kilogr. à raison de 2 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

T° rectale : 38°.
Pupilles : pas de modifications.
Respiration : 90 par 1'.
Cœur : battements très accélérés.
Frissons, engourdissement.

Une 1/2 heure après : Retour à l'état normal.

Expérience n° 6. (8 mars 1893).

Urines du nommé *Varl...*, dégénéré, atteint d'hystérie, âgé de 59 ans, pesant 63 kilos, soumis au régime ordinaire.

Urines de 24 heures : 1 litre 350 gr.
Densité : 1020.
Réaction : acide.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :
Poids : 2 kil. 250 gr.
Race : blanc.
T° rectale : 39°.
Respiration : 66 par 1'.
Pupilles : larges.

Injection de 9 centimètres cubes par kilogr. à raison de 5 centimètres cubes par 1'.

Après l'injection de 4 centimètres cubes 5 par kilogr. :
Attaque épileptiforme.

Après l'injection de 9 centimètres cubes par kilogr.
Seconde attaque épileptiforme.
Mort.

Coëfficient uro-toxique : 2.

L'autopsie n'a pas été faite.

Expérience n° 7. (21 octobre 1892).

Urines du nommé *Ulr...*, dégénéré, non délirant, folie morale, 39 ans, pesant 68 kilogr., mis au régime lacté exclusif pendant 48 heures, précédant l'expérience.
Urines de 24 heures : 2 litres 720 gr.
Densité : 1011.
Pas d'albumine, ni de sucre, ni de pigments biliaires.

Etat du lapin avant l'injection :
Poids : 2 kil. 370 gr.
Race : gris.
Très vif.
T° rectale : 39°.
Pupilles : très dilatées.
Respiration : 102 par 1'.
Cœur : 144 par 1'.

Injection de 15 centimètres cubes par kilogr. à raison de 7 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après l'injection :
T° rectale : 38°.
Pupilles : légèrement rétrécies.

Etat général : aussi vif qu'avant.
Respiration : pas de modification.
Cœur : pas de modification.

Retour pour ainsi dire immédiat à l'état normal.

Expérience n° 8. (20 janvier 1893).

Urines de Mme *Tram...*, atteinte de dégénérescence mentale avec délire mystique, âgée de 44 ans, pesant au moment de l'expérience, 59 kilogr., suivant le régime ordinaire.

Urines de 24 heures : 500 centimètres cubes.
Coloration jaune foncé.
Réaction : acide.
Densité : 1030.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : gris.
Poids : 1 kil. 600 gr.
Très vif.
T° rectale : 39°.
Respiration : 84 par 1'.
Cœur : 126 par 1'.
Pupilles très dilatées.

Injection de 40 centimètres cubes par kilogr. à raison de 4 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

Convulsions généralisées. Dyspnée intense. Mort.

Coëfficient : uro-toxique 0,423.

Autopsie : Cœur beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal.
Ventricule droit rempli de caillots.
Les méninges sont pâles, légèrement œdématiées.

Expérience n° 9. (16 janvier 1893).

Urines de la même malade *Tram...*, mise au régime lacté.

Urines de 24 heures : 2 litres 1/2.
Densité : 1008.
Réaction : à peine acide.
Coloration : pâle.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : gris.
Poids : 1 kil. 500 gr.
Très vif.
Respiration : 60 par 1'.
Cœur : 144 par 1'.
Pupilles : dilatées.
T° rectale : 39°.

Injection de 40 centimètres cubes par kil. à raison de 4 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

Somnolence, abattement.
Respiration : 108 par 1'.
Cœur : battements très accélérés.
Pupilles : myosis.
T° rectale : 36°.

Deux heures après : Retour à l'état normal.

Expérience n° 10. (16 janvier 1893).

Urines de la même malade *Tram...* Expérience de contrôle faite dans les mêmes conditions que dans l'expérience n° 9 sur un autre lapin.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : gris.
Poids : 1 kil. 560.
Respiration : 72 par 1'.
Cœur : 120 par 1'.
Pupilles : dilatées.
T° rectale : 39°.

Injection de 40 centimètres cubes par kil. à raison de 4 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

Dépression générale légère.
Respiration : 90 par 1'
Cœur : 144 par 1'.
Pupilles : très rétrécies.
T° rectale : 37°,5.

Retour à l'état normal : 2 heures 1/2 après.

Expérience n° 11. (18 novembre 1892).

Mans..., Cécile, employée de commerce, entrée le 17 juin 1892.

Diagnostic à l'entrée : Accès de délire mélancolique ayant débuté il y a trois jours, hallucinations de l'ouïe. Refus de nourriture. Culpabilité et déshonneur imaginaires. Divagations mystiques. Idées de suicide. Elle est sous l'influence de Satan qui lui fait faire ce qu'il veut ; elle mérite l'échafaud. Pleurs, gémissements. Insomnie.

Son état le 18 novembre 1892 au moment de l'expérience sur la toxicité de ses urines : Cause très peu. Lorsqu'on la questionne elle fond en larmes et ne répond pas. De temps en temps elle réclame son mari. Elle ne présente jamais d'agitation. La langue est blanche. Extrémités un peu froides, mais non cyanosées.

Urines de 24 heures (la malade étant au régime lacté). 2 litres.
Densité : 1010.
Réaction : acide.
Coloration : jaune pâle.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : gris.
Poids : 2 kil. 460 gr.
T° rectale : 39°.
Pupilles : dilatées.

Injection de 30 centimètres cubes par kil. à raison de 4 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

T° rectale : 38°,1.
Pupilles : légèrement rétrécies.
Engourdissement, somnolence.
Respiration : 90 par 1'.

Une 1/2 heure après : coma.

Respiration : très pénible, 60 par 1'.
T° rectale : 37°,5.

Une heure après : mort.

Expérience n° 12. (10 novembre 1892).

Delap..., Angélina, blanchisseuse, entrée le 3 novembre 1892.

Diagnostic à l'entrée : Etat mélancolique. Dépression. Refus de nourriture. Lamentations. Idées très arrêtées de suicide. Tentative assez

récente. Elle veut mourir parce qu'on n'aura plus besoin de la nourrir comme une paresseuse. Trois accès antérieurs : le 1er, en 85, caractérisé par de l'excitation maniaque ; le 2e, 4 mois après : également de l'excitation maniaque ; le 3e, en 87, caractérisé comme celui d'aujourd'hui par de la dépression mélancolique.

Son état le 10 novembre 92, au moment de l'examen de la toxicité urinaire : légère amélioration ; la dépression mélancolique persiste, mais moins intense et permet à la malade de travailler un peu.

Urines de 24 heures (la malade étant au régime ordinaire) : 1 litre.
Densité : 1024.
Réaction : acide.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : blanc.
Poids : 2 kil. 550 gr.
Très vif.
T° rectale : 39°.
Respiration : 144 par 1'.
Cœur : 162 par 1'.
Pupilles : très larges.

Injection de 30 centimètres cubes par kilogr. à raison de 3 centimètres 5 par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

T° rectale : 38°.
Respiration : 84 par 1'
Cœur : 172 par 1'
Pupilles : Pas de modifications.

Retour rapide à l'état normal.

Expérience n° 13. (7 novembre 1892).

Urines de la même malade *Delapl...*, mise au régime lacté absolu.

Urines de 24 heures : 2 litres 250 centimètres cubes.
Densité : 1010.
Réaction : acide.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : blanc.
Poids : 2 kil. 265 gr.

Très vif.
T° rectale : 39°.
Respiration : 72 par 1'.
Cœur : 144 par 1'.
Pupilles : larges.

Injection de 30 centimètres cubes par kilogr. à raison de 2 centimètres cubes 1/2 par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

T° rectale : 38°.
Assez vif.
Respiration : 78 par 1',
Cœur : 126 par 1'
Pupilles : légèrement rétrécies.

Une 1/2 heure après : Retour à l'état normal.

Expérience n° 14. (12 avril 1893).

Rich. ., Louise, 35 ans, entrée le 11 février 1892.

Diagnostic à l'entrée : Mélancolie anxieuse avec paroxysmes d'agitation et tendance à la stupeur dans l'intervalle des paroxysmes. Culpabilité imaginaire. Tentative très récente de suicide. Accouchée en novembre 1891. Mère morte à l'asile d'aliénés de Mareville.

25 mai 1892. Moins de stupeur, moins d'angoisse. Elle dit : « C'est moi qui ai perdu sainte Anne ». Refus d'aliments. Elle se dit « voleuse » qui a volé tout le monde. Elle ne manifeste aucune idée de ruine ni idée hypochondriaque. Les réflexes sont un peu exagérés.

11 avril 1893, au moment des expériences faites avec l'urine de 24 heures, le régime étant ordinaire :

La malade est toujours triste, déprimée, mais depuis 6 mois environ, elle prend de l'embonpoint. Les idées de culpabilité persistent comme auparavant. Dans toutes ses réponses prédomine un ton de doute, elle dit toujours : « Je ne sais pas, peut-être, etc. »

Urines de 24 heures (le régime étant ordinaire) : 1 litre.
Densité : 1018.
Coloration : jaune rougeâtre.
Réaction : acide.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : blanc.
Poids : 1 kil. 900 gr.

Respiration : 42 par 1'.
Pupilles : larges.
T° rectale : 39°.

Injection de 30 centimètres cubes par kilogr. à raison de 4 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

Après 20 centimètres cubes par kil. :

Convulsions épileptiformes.
Respiration : 38 par 1°.
Pupilles : très retrécies.
T° rectale : 38°.

Après 26 centimètres cubes par kil.

Seconde attaque convulsive.
Respiration plus ralentie : 25 par 1'.
Pupilles ponctiformes.
T° rectale : 37°.

Après 30 centimètres cubes par kil. :

Troisième attaque épileptiforme.
T° rectale : 35°.
Mort.

Coëfficient uro-toxique : 0,618.

Autopsie : Méninges pâles. Rien au ventricule gauche. Au ventricule droit : caillots en grande quantité remplissant tout l'espace du ventricule.

Expérience n° 15. (14 avril 1893).

Urines de la même malade *Rich...* (régime ordinaire).

Urines de 24 heures : 1 litre.
Densité : 1020.
Réaction : acide.
Coloration : jaune clair.
Absence d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : blanc.
Poids : 2 kil. 120 gr. (plus vigoureux que celui de l'expérience précédente).
Respiration : 60 par 1'.
Cœur : 80 par 1'.
Pupilles : très larges.
T° rectale : 39°.

Injection de 30 centimètres cubes par kil. à raison de 7 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

Abattement très accentué.
Respiration : laborieuse, 84 par 1'.
Pupilles : rétrécies.
T° rectale : 38°,8.
Pas de convulsions.

10 minutes après :

Pupilles : un peu plus larges.
Respiration : 72 par 1'.

10 heures après :

Retour lent à l'état normal.

Expérience n° 16. (28 avril 1893).

Le Br..., Marie, infirmière à Charenton, entrée le 7 avril 1893.

Diagnostic à l'entrée : Mélancolie. Hallucinations de l'ouïe. Terreurs, apparitions diaboliques. Des voix lui défendent de manger. Insomnie.

Son état le 28 avril 1893 au moment de l'examen de la toxicité de ses urines : Attitude et physionomie d'une mélancolique. Grand état de dépression. Il est très difficile de la faire parler. Elle déclare entendre encore des voix, mais ne peut dire ce qu'elles disent, prétendant ne pas le savoir.

Etat saburral de la langue. Haleine fétide. Constipation. Extrémités froides et cyanosées. Exagération des réflexes rotuliens.

Urines de 24 heures (régime ordinaire) : 1 litre.
Densité : 1024.
Réaction : acide.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : blanc.
Poids : 2 kil. 700 gr.
T° rectale : 39°.
Respiration : 72 par 1'.
Pupilles : très dilatées.

Injection de 7 centimètres cubes 5 par kil., à raison de 5 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin après 4 centimètres cubes par kil. :

Convulsions épileptiformes,

Etat du lapin après 5 centimètres cubes 5 par kil. :

Seconde attaque convulsive.

Exophtalmie.

Myosis.

Après 7 centimètres cubes 5 par kil. :

Troisième attaque épileptiforme.

Mort.

Coefficient uro-toxique : 2,6.

Autopsie : Cœur augmenté de volume, très dur.

Les deux ventricules, surtout le droit, contiennent des caillots qui se prolongent dans les gros vaisseaux.

Expérience n° 17. (28 avril 1893).

Mêmes urines que dans le cas précédent. Expérience de contrôle.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : blanc.

Poids : 2 kil. 540 gr.

(Le lapin employé pour cette expérience a déjà supporté victorieusement une injection avec l'urine de la malade Rich...).

Injection de 11 centimètres cubes 9 par kil., à raison de 5 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin après 8 centimètres cubes par kil. :

Première attaque épileptiforme.

Pas de myosis.

Etat du lapin après 9,8 centimètres cubes par kil. :

Seconde attaque convulsive.

Dyspnée.

Légère exophtalmie.

Etat du lapin après 11 centimètres cubes 9 par kil. :

Troisième attaque épileptiforme.

Mort.

Coefficient uro-toxique : 1,6.

Autopsie : Distension considérable du cœur qui présentait un volume presque double d'un cœur normal ; absence de caillots dans les ventricules.

Expérience n° 18. (1er mars 1893).

Couv..., Marie, 56 ans, entrée le 15 février 1893.

Son poids le 30 avril 1893 : 69 kilos.

Diagnostic à l'entrée : Mélancolie avec stupeur. Mutisme. Immobilité absolue. Refus d'aliments. Insomnie. Idées de culpabilité.

Son état le 20 février au moment de l'expérience avec l'urine réduite : La malade se croit perdue. Elle dit qu'elle n'est pas digne d'embrasser sa fille et que tout ce qu'elle fait est sale. (Exp. n° 36).

Son état le 1er mars au moment de l'expérience avec l'urine non réduite et le régime alimentaire ordinaire : La malade ne manifeste plus d'idées de culpabilité. Elle paraît encore un peu triste, mais travaille. En somme, amélioration sensible. (Exp. n° 18).

Son état le 10 mai au moment de l'expérience n° 19 : La malade est complètement guérie.

Urines de 24 heures (régime ordinaire) : 2 litres.
Densité : 1017.
Réaction : légèrement acide.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : blanc.
Poids : 2 kil. 280 gr.
T° rectale : 39°
Respiration : 42 par 1'.
Cœur : 152 par 1'.
Pupilles : très larges.

Injection de 30 centimètres cubes par kil. à raison de 5 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

Somnolent.
T° rectale : 37°.
Respiration : 36 par 1'.
Cœur : 128 par 1'.
Pupilles : aussi larges.

Retour à l'état normal deux jours après l'injection.

Expérience n° 19. (10 mai 1893).

Urines de la même malale *Couv...* (régime ordinaire).

Urines de 24 heures : 1 litre 1/2.
Densité : 1020.
Réaction : acide.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : blanc.

Poids : 2 kil. 300 gr.
Vivacité ordinaire.
T° rectale : 39°.
Respiration : 88 par 1'.
Pupilles : très larges.

Injection de 18 centimètres cubes par kil., à raison de 4 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin après l'injection de 9 centimètres cubes par kil. :
Dyspnée.
Exophtalmie.
Myosis.

Etat du lapin après l'injection de 18 centimètres cubes par kil. :
Convulsions généralisées.
T° rectale : 39°.

Coefficient uro-toxique : 1,2.

Autopsie : Les deux ventricules cardiaques sont remplis de caillots.

Expérience n° 20. (24 octobre 1892).

M. *Gér...*, 19 ans, atteint de *manie aigue,* soumis au régime lacté exclusif.

Urines de 24 heures : 200 centimètres cubes.
Densité : 1030.
Réaction : acide.
Pas d'albumine, ni de sucre, ni de pigments biliaires.

Etat du lapin avant l'injection :
Race : gris.
Poids : 2 kil. 325 gr.
Très vif.
T° rectale : 39°.
Respiration : 84 par 1'.
Cœur : 120 par 1'.
Pupilles : très larges.

Injection de 15 centimètres cubes par kil., à raison de 2 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :
Vivacité aussi grande.
T° rectale : 38°,2.
Respiration : 72 par 1'.
Cœur : 132 par 1'.

Pupilles : aussi dilatées.
Retour très rapide à l'état normal.

Expérience n° 21 (2 décembre 1892).

Mlle *Astr...*, *Louise*, 27 ans, entrée le 28 novembre 1892.

Diagnostic à l'entrée : Excitation maniaque. Désordre dans les idées et les actes. Insomnie. Quatrième accès. Début il y a 4 semaines. Elle était restée malade durant 8 jours ; puis a guéri pour retomber il y a 8 jours.

Pas de cause appréciable.

L'expérience a été faite avec l'urine de 24 heures, du 1er au 2 décembre, pendant que la malade était en plein accès de manie aigue.

Le régime a été pendant ces 24 heures exclusivement lacté.

Urines de 24 heures (la malade mise au régime lacté) : 1 litre 1/2.
Densité : 1015.
Réaction : très légèrement acide.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : gris.
Poids : 1 kil. 250 gr.
Très vif.
Respiration : 84 par 1'.
Cœur : 108 par 1'.
T° rectale : 39°.
Pupilles : larges.

Injection de 30 centimètres cubes par kil., à raison de 2 centimètres cubes par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

Abattement.
T° rectale : 36°.
Pupilles : rétrécies.
Respiration : 54 par 1'.

6 heures après :

Respiration : 72 par 1'.
Pupilles : élargies.

24 heures après :

Retour à l'état normal.

Expérience n° 22. (23 septembre 1892).

Mme *Blanch...*, âgée de 52 ans, atteinte d'*agitation maniaque*, suivant le régime ordinaire.

Urines de 24 heures : 1 litre.
Densité : 1023.
Réaction : légèrement acide.
Pas d'albumine, ni de sucre.

Etat du lapin avant l'injection :

Race : gris.
Poids : 2 kil. 580 gr.
T° rectale : 40°.
Respiration : 126 par 1'.
Cœur : 168 par 1'.

Injection de 15 centimètres cubes par kil. à raison de 2 centimètres cubes 5 par 1'.

Etat du lapin aussitôt après :

Pupilles : un peu rétrécies.
T° rectale : 39°.
Respiration : 84 par 1'.
Cœur : 144 par 1'.
Miction abondante.

4 heures après :

Retour à l'état normal.

Pour les *vingt-trois* expériences suivantes, consulter le tableau cijoint qui les résume toutes d'une façon suffisamment détaillée.

APPENDICE ET PIÈCES JUSTIFICATIVES

relatifs à nos recherches chimiques.

Méthode suivie dans nos analyses. — Les urines ont été recueillies et conservées dans la glace pour éviter les fermentations ammoniacales et putrides. Le liquide concentré par une distillation dans le vide à une température de 40°, est ramené à un volume de 100 centimètres cubes environ.

Ce résidu est acidifié à l'aide d'acide tartrique, puis additionné de son volume d'alcool à 95°.

NUMÉRO de l'expérience.	LIQUIDE INJECTÉ.	QUANTITÉ d'urine de 24 h.	SA DENSITÉ.	NOMBRE de c. m. c. injectés par kilg. d'an.	DATE de l'expérience.	VITESSE d'injection par 1'.	NOM de l'individu.	SON AGE.	SON POIDS.	SON RÉGIME.	AFFECTION MENTALE.	ÉTAT SOMATIQUE.	POIDS du LAPIN.	Sa RACE.	ACCIDENTS TOXIQUES OBSERVÉS AU COURS DE L'INJECTION.	RÉSULTAT DÉFINITIF.	COEFFICIENT urotoxique.	AUTOPSIE.
1	Urine de 24 h.	1 litre.	1014	15	4 oct. 92.	7 c m c	Mlle Raff..., infirmière.	22 ans	54 k.	Ordinaire.	O	Très bon.	2 k. 370 gr.	Blanc.	Abaissement de la t° de 1°. Respiration légèrement ralentie. Pas de myosis. Pas de somnolence.	Retour très rapide à l'état normal.	—	—
2	Id.	1 l. 500	1010	30	5 mai 93.	4	Mlle Per..., professeur libre.	24	58	Ordinaire.	O	Très bon.	2 k. 820	Blanc.	Un peu de faiblesse des membres. Pupilles retrécies de moitié. Miction et défécation. Légers frissons. Pas de changement de t°.	Retour à l'état normal une 1/2 heure après.	—	—
3	Id.	1 l. 100	1020	10	17 sept. 92.	1	M. Lefèv..., infirmier.	30	70	Ordinaire.	O	Très bon.	2 k. 115	Blanc.	Abaissement de la t° de 1° et 1/2. Léger myosis. Respiration ralentie. Engourdissement général.	24 heures après retour à la santé.	—	—
4	Id.	1 l. 400	1025	15	19 sept. 92.	2	Le même.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	2 k. 625	Id.	La t° abaissée de 2°. Tendance au coma. Myosis accentué. Dyspnée.	Guérison 48 heures après.	—	—
5	Urine du matin.	—	1024	15	10 oct. 92.	3	Le même.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	2 k. 387	Id.	Abaissement de la t° de 0°,5. Un peu d'engourdissement des membres. Pas de myosis ni de ralentissement de la respiration.	1 heure après retour à l'état normal.	—	—
6	Urine de 24 h.	1 l. 350	1020	9	8 mars 93.	5	M. Varl...	59	63	Ordinaire.	Dégénérescence mentale. Hystérie.	Constipation. Langue saburrale.	2 k. 250	Gris.	Deux attaques épileptiformes.	Mort immédiate.	2	N'a pas été faite.
7	Id.	2 l. 720	1011	15	21 oct. 92.	7	M. Ulr...	39	68	Rég. lacté exclusif.	Dégénérescence mentale.	Bon.	2 k. 370	Gris.	T° abaissée de 1°. Pupilles très légèrement retrécies.	Retour immédiat à l'état normal.	—	—
8	Id.	1 litre.	1030	40	20 janv. 93.	4	Mme Tram...	44	59	Ordinaire.	Dégénérescence mentale. Délire mystique.	Bon.	1 k. 600	Id.	Convulsions généralisées. Dyspnée intense.	Mort immédiate.	0,423	Ventricule droit rempli de caillots. Cœur très gros et dur.
9	Id.	2 l. 600	1008	40	16 janv. 93.	4	La même.	Id.	Id.	Rég. lacté exclusif.	Id.	Id.	1 k. 500	Id.	Prostration. Myosis. Abaissement de la t° de 2°. Miction abondante.	Retour à l'état normal 2 h. après l'injection.	—	—
10	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	1 k. 560	Id.	Un peu moins de dépression. Myosis. Abaissement de la t° de 2°. Miction.	Retour rapide à l'état normal.	—	—
11	Id.	2 litres.	1010	30	18 nov. 92.	4	Mme Mans...	44	57	Rég. lacté exclusif.	Dégénérescence mentale avec délire mélancolique.	Gâteuse. Alimentation à la sonde.	2 k. 460	Gris.	Abaissement de la t° de 2°. Dyspnée. Myosis. Pas de miction. Pas de convulsions. Etat comateux.	Mort 1 heure après l'injection	1,15	N'a pas été faite.
12	Id.	1 litre.	1024	30	10 nov. 92.	3,5	Mme Delap...	47	56	Ordinaire.	Dégénérescence mentale avec délire mélancolique.	Bon.	2 k. 550	Blanc.	Abaissement de la t° de 1°. Respiration un peu ralentie. Pas de myosis.	Retour immédiat à l'état normal.	—	—
13	Id.	2 l. 250	1010	30	7 nov. 92.	2,5	La même.	Id.	Id.	Rég. lacté exclusif.	Id.	Id.	2 k. 265	Blanc.	Un peu de somnolence. Absence d'autres accidents.	Etat normal.	—	—
14	Id.	1 litre.	1018	30	12 avril 93.	4	Mme Rich...	35	55	Ordinaire.	Mélancolie.	Etat saburral de la langue.	1 k. 910	Id.	Dyspnée. Myosis. Abaissement de la t° de 2°. Miction abondante. Trois convulsions épileptiformes.	Mort immédiate.	0,618	Ventricule droit rempli de caillots.
15	Id.	1 litre.	1020	30	14 avril 93.	7	La même.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	2 k. 120	Id.	Prostration. T° abaissée de 1°. Léger myosis. Respiration ralentie.	12 heures après retour à l'état normal.	—	—
16	Id.	1 litre.	1024	7,5	28 avril 93.	5	Mme Lebr...	29	51	Ordinaire.	Mélancolie.	Constipation.	2 k. 700	Id.	Myosis. Exophtalmie. Trois attaques épileptiformes.	Mort immédiate.	2,6	Cœur très volumineux, dur. Les deux ventricules mais surtout le droit sont remplis de caillots.
17	Id.	1 litre.	Id.	11,9	Id.	Id.	La même.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	2 k. 540	Id.	Mêmes accidents que dans l'expérience précédente ; en plus dyspnée très intense.	Mort immédiate.	1,6	Cœur très augmenté de volume. Absence de caillots dans les ventricules.
18	Id.	2 litres.	1017	30	1er mars 93.	5	Mme Conv...	56	69	Ordinaire.	Mélancolie en voie d'amélioration.	Assez bon.	2 k. 280	Id.	Ralentissement de la respiration. Abaissement de la t° de 2°. Pas de myosis. Somnolence.	Retour à l'état normal 48 heures après.	—	—
19	Id.	1 l. 500	1020	18	10 mai 93.	4	La même.	Id.	Id.	Id.	Guérison.	Bon.	2 k. 300	Id.	Dyspnée. Pas d'abaissement de la t°. Tendances à l'exophtalmie. Convulsions généralisées.	Mort immédiate.	1,2	Les deux ventricules remplis de caillots.
20	Id.	1 litre.	1030	15	22 oct. 92.	2	M. Gér...	19	62	Rég. lacté exclusif.	Manie aiguë.	Bon.	2 k. 325	Gris.	Abaissement de la t° de 0°, 6. Pas d'autres accidents.	Etat normal.	—	—
21	Id.	1 l. 500	1015	30	2 déc. 92.	2	Mme Astr...	27	54	Rég. lacté exclusif.	Manie aiguë.	Bon.	1 k. 250	Gris.	Abaissement de la t° de 3°. Respiration ralentie et laborieuse. Léger myosis. Tendance au coma.	Retour à l'état normal 24 heures après.	—	—
22	Id.	1 litre.	1023	15	23 sept. 92.	2,5	Mme Blanch...	52	73	Ordinaire.	Agitation maniaque.	Bon.	2 k. 580	Id.	Ralentissement peu accentué de la respiration. Pupilles légèrement retrécies. Miction.	Retour à l'état normal 4 heures après.	—	—
23	Id.	1 litre.	1022	26	30 avril 92.	4	Mme Pon...	28	52	Ordinaire.	Confusion mentale. Puerpéralité.	Œdème malléolaire.	2 k. 300	Blanc.	Dyspnée. Mydriase. Etat comateux. Abaissement de la température de 2°.	Mort 16 heures après l'injection.	0,692	N'a pas été faite.
24	Id.	1 litre.	1015	10	8 sept. 92.	5	La même.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	2 k. 750	Blanc.	Abaissement de la t° de 1°. Ralentissement de la respiration. Miction abondante. Somnolence. Myosis.	Retour à l'état normal 4 jours après l'injection.	—	—
25	Id.	1 litre.	1015	15	12 sept. 92.	10	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	2 k. 690	Id.	Pas de myosis. T° abaissée de 1°. Moins abattu.	Guérison deux jours après l'injection.	—	—
26	Id.	2 litres.	1020	26	2 janv. 93.	5	Id.	Id.	53	Id.	Id.	Plus d'œdème.	1 k. 750	Id.	Respiration ralentie. Myosis léger. Absorbé.	Retour à la normale 2 heures après l'injection.	—	—
27	Id.	0 l. 500	1023	15	28 sept. 92.	4,5	Mlle Lecl...	16	50	Ordinaire.	Confusion mentale.	Embarras gastrique. Amaigrissement.	2 k. 940	Blanc.	Prostration extrême. Abaissement de la t° de 3°. Myosis. Etat comateux.	Mort 12 heures après.	0,666	N'a pas été faite.
28	Id.	0 l. 500	1039	15	14 oct. 92.	5	La même.	Id.	Id.	Id.	Id.	Légère amélioration.	2 k. 570	Id.	Abaissement de la t° de 1°. Myosis. Pas de miction. Tendance au coma.	Retour à l'état normal 48 heures après.	—	—
29	Id.	1 litre.	1020	15	26 oct. 92.	3	Id.	Id.	51	Id.	Amélioration notable.	Engraissé.	3 k. 030	Id.	T° abaissée de 1°. Léger myosis. Pas de miction. Un peu de somnolence.	Deux heures après retour à l'état normal.	—	—
30	Id.	1 litre.	1021	15	4 nov. 92.	3	Id.	Id.	Id.		Guérison.	Id.	2 k. 160	Id.	Pas d'abaissement de la t°. Somnolence à peine prononcée.	Retour à l'état normal 1 heure après.	—	—
31	Id.	2 litres.	1014	22,5	12 déc. 92.	1	M. Rouil...	48	72	Rég. lacté exclusif.	Paralysie générale.	Gateux.	2 k. 640	Gris.	T° abaissée de 1°. Pas de myosis. Pas de somnolence. Pas de modifications du côté de la respiration.	Retour très rapide à l'état normal.	—	—
32	Id.	1 litre.	1019	75	1er sept. 92.	5	Mme Herb...	31	66	Ordinaire.	Paralysie générale.	Cachexie.	2 k. 640	Id.	T° abaissée de 2°. Pas de myosis. Miction très abondante. Convulsions épileptiformes.	Mort 12 heures après l'injection.	0,197	N'a pas été faite.
33	Urines de 24 h. réduite à chaud à 1/2 litre.	2 litres.	1034 (r)	8	10 mars 93.	4	M. Jall..., infirmier.	23	64	Rég lacté exclusif.	O	Très bon.	2 k. 500	Blanc.	Pas d'abaissement de la t°. Exophtalmie. Raideur. Convulsions généralisées.	Mort immédiate.	0,97	Id.
34	Id.	3 litres.	1012 (r)	4	14 juin 93.	3	Mme Frug...	29	74	Rég. lacté exclusif.	Dégénérescence mentale avec idées mélancoliques.	Bon.	2 k. 400	Id.	Convulsions généralisées.	Mort immédiate.	1,7	Id.
35	Id.	2 litres.	1015 (r)	30	17 fév. 93.	10	Mme Per...	36	65	Rég. lacté exclusif.	Dégénérescence mentale.	Bon.	2 k. 10	Id.	T° abaissée de 1°. Pas de myosis. Légère dyspnée. Pas de miction.	Retour rapide à l'état normal.	—	—
36	Id.	2 litres.	1043 (r)	4,2	21 fév. 93.	3	Mme Conv...	56	68	Id.	Mélancolie au début.	Langue saburrale.	2 k. 370	Id.	Convulsions généralisées. Coma.	Mort immédiate.	1,72	N'a pas été faite.
37	Id.	Id.	Id.	5,5	Id.	Id.	La même.	Id.	Id.	Id.	Id.	Id.	2 k. 30	Id.	Convulsions épileptiformes. Coma.	Id.	1,3	Id.
38	Eau distillée.	—	—	14	11 juil. 93.	7	—	—	—	—	—	—	2 k. 985	Gris.	Dyspnée. Pas de myosis. Elévation de la t° de 1°. Convulsions épileptiformes.	Mort immédiate.	—	Présence des caillots abondants dans le ventricule droit.
39	Eau filtrée.	—	—	16	18 juil. 93.	7	—	—	—	—	—	—	2 k. 440	Id.	Myosis très accentué. Dyspnée. Convulsions épileptiformes.	Id.	—	Même lésion.
40	Id.	—	—	16,4	19 juil. 93.	8	—	—	—	—	—	—	2 k. 130	Id.	Convulsions. Dyspnée.	Id.	—	Même lésion.
41	Id.	—	—	25	Id.	7	—	—	—	—	—	—	2 k. 720	Id.	Dyspnée. Convulsions épileptiformes. Pas de myosis. T° élevée de 2°. Etat comateux pendant 12 heures.	Retour lent à l'état normal.	—	—
42	Urine artificielle.	—	1012	9,48	25 juil. 93.	6	—	—	—	—	—	—	3 k. 160	Id.	Après quelques c. m. c. Convulsions tétaniques. Exophtalmie. Pas d'accélération de la respiration. T° élevée de 1°.	Mort immédiate.	—	Ventricule droit rempli de caillots ; un ou deux petits caillots dans le ventricule gauche.
43	Rhum......... 1 Eau distillée... 3	—	—	37	22 juil. 93.	7	—	—	—	—	—	—	2 k. 130	Id.	Ivresse comateuse. Convulsions épileptiformes. T° élevée de 2°.	Mort immédiate.	—	Présence des caillots dans les deux ventricules. Dilatation cardiaque.
44	Id.	—	—	35	23 juil. 93.	7	55 (?) —	—	—	—	—	—	2 k. 135	Id.	Mêmes accidents. T° élevée de 1°, 5.	Mort une 1/2 heure après.	—	Même lésion.
45	Id.	—	—	31	24 juil. 93.	4	—	—	—	—	—	—	1 k. 930	Id.	Accidents analogues, mais moins prononcés.	24 heures après retour à l'état normal.	—	—

Le mélange est placé pendant 24 heures sur un bain-marie à une température voisine de 25°.

On filtre, puis on ajoute à nouveau de l'alcool à 94°, on évapore ensuite dans le vide, le résidu est repris par de l'alcool absolu qui précipite une certaine quantité de substances insolubles, on filtre à nouveau, on évapore à sec dans le vide, puis le résidu sec est repris par un peu d'eau distillée.

Le résidu aqueux est épuisé par de l'éther à plusieurs reprises et l'éther (en solution acide) est conservé.

Le liquide est alcalinisé par le bicarbonate de soude, filtré, et repris par l'éther.

On a donc deux épuisements, l'un provenant de la solution acide et l'autre de la solution alcaline.

L'éther provenant de ces deux épuisements est évaporé et sur le résidu on essaie les réactifs appropriés.

Lorsque sur une partie du résidu éthéré final on a employé les réactifs généraux pour reconnaître la présence de ptomaïnes (iodure de potassium ioduré, réactif de Meyer), on transforme l'alcaloïde restant en picrate et on cherche à obtenir des picrates de ptomaïnes cristallisés.

Cette opération est assez délicate, il faut, en effet, éviter d'ajouter un trop grand excès d'acide picrique, ce qui gênerait pour déceler dans les amas de cristaux d'acide picrique, le picrate d'alcaloïde.

Après plusieurs cristallisations successives, on fait cristalliser le picrate sur une lamelle, à une douce température et on examine au microscope.

Les cristaux ainsi obtenus peuvent être photographiés (en ayant soin d'interposer entre la lumière et le miroir de l'objectif une cuve contenant de l'eau additionnée de quelques gouttes d'acide picrique.)

Pour étudier les effets physiologiques des ptomaïnes isolées, nous nous servions du résidu provenant de l'éther alcalin, l'éther ayant été évaporé dans un verre de montre, on reprenait par un centimètre cube d'eau distillée et, le liquide ainsi formé, était injecté à des grenouilles et des cobayes.

Dans nos expériences, nous n'avons jamais trouvé de ptomaïnes dans l'éther provenant de l'épuisement acide. Le résidu repris par l'eau distillée comme ci-dessus ne manifestait aucun pouvoir toxique (glucoside), excepté chez Blanch..., mais nous n'avons pu contrôler notre expérience.

Observations.

Lecl... Confusion mentale.

Volume total............................	1850	
Urée........................	12,50 % par litre.	
Acide urique..................	0,95	
Acide phosphorique..........	1,12	
Albumine	—	
Sucre	—	

Ptomaïnes : Picrate cristallisé. Cette base est toxique.

Blanch... Agitation maniaque.

Volume total............................	1640
Urée........................	19,40
Acide urique.................	0,80
Acide phosphorique..........	0,98
Albumine...................	—
Sucre.......................	—

Ptomaïnes : Picrate cristallisé. Cette base n'est pas toxique. Le résidu éthéré provenant de la solution acide tue une grenouille avec le cœur en diastole. — (Cette action toxique n'est pas due à une ptomaïne. Elle est due peut-être à une glucoside).

Tritch. Agitation maniaque.

Volume total............................	1950
Urée........................	18,70
Acide urique.................	1,04
Acide phosphorique..........	1,16
Albumine...................	—
Sucre.......................	—

Ptomaïnes : Picrate cristal. Cette base n'est pas toxique.

Jul... Marie. Dépression mélancolique.

Volume total............................	1670
Urée........................	7,60
Acide urique.................	0,70
Acide phosphorique..........	0,88
Albumine...................	—
Sucre	—

Ptomaïnes : Picrate cristallisé très peu abondant. Non toxique.

Rich... Mélancolie.

Volume total	1950
Urée	14,25
Acide urique	0,72
Acide phosphorique	0,60
Albumine	—
Sucre	—

Ptomaïnes : Picrate cristallisé. Toxique.

Mans..., Cécile. Dégénération mentale, avec délire mélancolique.

Volume total	1240
Urée	15,45
Acide urique	0,85
Acide phosphorique	0,78
Albumine	—
Sucre	—

Ptomaïnes : Picrate cristallisé. Base non toxique. (Ptomaïnes abondantes ; mais non toxiques).

Séance du 1er août 1893 (soir)

PRÉSIDENCE DE M. CHRISTIAN

M. le Président donne la parole à M. le Dr J. Séglas.

DES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES MENTALES

Par J. Séglas, médecin de la Salpêtrière.

Messieurs, il est encore bien difficile et peut-être prématuré de déterminer aujourd'hui d'une façon définitive, l'influence des troubles de la nutrition et des auto-intoxications sur les troubles intellectuels. Si cette hypothèse n'a rien qui répugne à l'esprit, elle n'est du moins pas encore démontrée d'une manière précise et indiscutable. En plus des défectuosités des recherches expérimentales sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, cela tient en grande partie à la confusion qui se remarque dans les différentes recherches entreprises à ce sujet. Sans établir parmi les malades en expérience d'autre distinction que celle des types morbides consignés dans les classifications habituelles en psychiâtrie, on s'est borné à examiner chez eux, une fois en passant, la toxicité urinaire. C'est ainsi qu'on a pris un maniaque, un mélancolique, etc., et qu'on a, pour ces maladies qui peuvent durer des mois, examiné une fois la toxicité urinaire et cela à n'importe quel moment de l'affection, quelquefois plusieurs mois ou même une année (!) après le début. Et ce n'est pas sans quelque étonnement que l'on voit les auteurs tirer des conclusions de recherches ainsi conduites. On aura beau accumuler et comparer les expériences faites de cette façon sur une série de maniaques, de mélancoliques, de déments, de paralytiques généraux..., on ne sera jamais en droit de poser une conclusion ayant quoi que ce soit de scientifique. Comme nous le verrons par la suite, la toxicité urinaire varie, en effet, d'un jour à l'autre chez l'homme sain tout comme chez l'aliéné, et suivant différentes conditions absolument indépendantes de troubles intellectuels quels qu'ils soient.

Lorsqu'on envisage la question des auto-intoxications dans les maladies mentales, il importe tout d'abord de faire des catégories parmi les cas qui peuvent se présenter à l'observation. La première comprendra ceux dans lesquels on peut constater des symptômes d'auto-intoxication, mais survenant au cours d'une maladie mentale déjà

préexistante et à titre de simples épisodes pathologiques. Ces cas, qui sont surtout ceux qu'on a envisagés la plupart du temps jusqu'ici, sont cependant en fait les moins importants au point de vue de la question des rapports pathogéniques entre la folie et les auto-intoxications.

La seconde catégorie de faits renfermera ceux dans lesquels il semble y avoir un rapport de cause à effet entre l'auto-intoxication et la maladie mentale suivant, d'autre part, une évolution en quelque sorte parallèle. Or, il est à remarquer que, sauf de très rares exceptions, ces cas sont justement ceux qui ont été le moins étudiés, au point de vue de l'auto-intoxication, alors que beaucoup plus tôt que la paralysie générale, la démence, les délires systématisés, voire même que les formes ordinaires de manie et de mélancolie, ils eussent pu fournir des documents utiles à la solution du problème.

Aussi, sans rechercher les faits de ce genre existant déjà dans la littérature médicale, avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapporter ceux que nous avons pu observer personnellement. Sans doute, les quatorze observations qui font le sujet de cette communication, présentent bien quelques lacunes que nous aurions comblées si les circonstances nous l'avaient permis ; néanmoins, telles qu'elles sont, elles peuvent, chacune pour sa part, et aussi dans leur ensemble, fournir des indications de quelque utilité pour la question posée au Congrès.

II.

Voici d'abord le résumé très sommaire de nos observations :

Obs. I. — M[me] D..., âgée de 34 ans. — Hérédité du côté paternel. — Pas d'antécédents personnels. — Quatre accouchements très faciles : Après le dernier, elle était drôle et semblait perdre la mémoire. — Allaitement pendant un mois à peine. A ce moment, elle fut prise de fièvre, d'insomnie, de rêves, de perte de l'appétit, de céphalalgie. Il se déclare alors presque subitement une période d'agitation qui dure environ 15 jours (fin septembre) avec insomnie, crises d'anxiété, hypéresthésie sensorielle, agitation motrice légère, bavardage incohérent dénotant des idées mobiles de persécution, mélancoliques, ambitieuses, répétition des mêmes mots. — Ce bavardage alterne avec des moments de mutisme absolu. Cette excitation tomba

peu à peu et fit place à un état de torpeur intellectuelle qui arriva deux mois après à la stupidité presque complète (décembre). Facies pâle, égaré, n'exprimant aucune idée ; inertie absolue, reste continuellement dans la même position, la plupart du temps les yeux fermés. On est obligé de la lever, de l'habiller, de la faire manger. Résistance par intervalles. Il faut insister beaucoup pour se faire comprendre. La plupart du temps elle se renferme dans un mutisme absolu. Œdème des extrémités, arrêt des règles, amaigrissement considérable; pas d'albumine. Au mois de juin suivant, l'état s'améliore un peu, la malade reprend du poids, l'œdème des extrémités disparaît, elle mange plus volontiers. En même temps la physionomie devient, par instants, plus expressive ; mais la confusion mentale est toujours très accentuée, ainsi qu'on s'en aperçoit par les réponses de la malade, lorsqu'elle parle, ce qui est rare. « Elle dit perdre ses idées, sa mémoire ; elle ne sait pas si elle est ou non dans la réalité ; elle a perdu la notion du temps ; elle demande si réellement elle est mariée, etc. Lorsqu'on lui demande la raison de son mutisme habituel, elle prétend qu'elle essaye de parler sans pouvoir y réussir la plupart du temps et que cela lui est plus facile d'écrire, ce qui semble vrai. Par instants, idées mobiles de suicide, pas d'idées délirantes, ni d'hallucinations constatables.

En juillet, l'amélioration s'accentue : manifeste des sentiments affectifs et demande ses enfants. Toujours confuse cependant, ne cause que très peu, par phrases isolées. Retour des règles ; sommeil régulier. Pas d'hystérie.

Guérison à la fin d'août.

Obs. II. — Mme C..., 24 ans. — Mère bizarre, une sœur hystérique; pas d'antécédents personnels caractérisés. Grossesse et accouchement normaux. — Quelques jours après, état subit d'agitation anxieuse avec hallucinations multiples, idées très mobiles de culpabilité, d'expiation ; idée d'être morte, crainte d'être enterrée vivante : idées d'empoisonnement ; idées vagues de suicide, refus d'aliments, confusion mentale ; ne reconnaît ni les lieux, ni les personnes, pas de notion du temps ; ne peut expliquer ce qu'elle ressent ni ses idées contradictoires. Intervalles d'anéantissement et de torpeur ; disparition au bout de trois semaines environ. Pas d'hystérie.

Obs. III. — Mme B..., 55 ans. — Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. — Déviation de la colonne vertébrale. Troubles dyspeptiques et anémiques depuis quelques mois ; érisypèle de la face avec délire violent et tentative de suicide. Après l'érysipèle (mai), reste

« drôle », tantôt abrutie, tantôt agitée, bavardant sans cesse. Agitation automatique, gémissements ; au bout d'un mois, état de stupidité, immobilité, mutisme presque continuel, facies égaré : « Il se passe de drôles de choses dans sa tête ». Tentative de suicide. Amaigrissement, troubles vaso-moteurs, constipation, insomnie. Cet état de stupidité ne fait que s'accentuer : confusion des faits, des personnes, du temps, etc. ; gâtisme. Un mois après, période d'agitation automatique avec hallucinations ; la confusion mentale persiste ; paroles incohérentes et décousues. Amaigrissement progressif, œdème des extrémités, haleine infecte ; pas d'albumine. En août, nouvel érysipèle de la face ; mort par bronchopneumonie double.

Obs. IV. — Mme S..., 38 ans. — Père alcoolique. — Migraines fréquentes ; chagrins, misères depuis trois mois ; mauvaise alimentation, maux d'estomac. Début par une période d'excitatiou avec hallucinations, idées mobiles mystiques d'empoisonnement ; puis dépression et torpeur intellectuelles, mutisme, inertie, insomnie, refus d'aliments. Amaigrissement considérable, état presque cachectique ; suspension des règles. Au bout de moins de trois semaines, aggravation. Etat typhoïde ; fièvre, peau chaude, sèche, haleine infecte, langue et lèvres sèches et fuligineuses, carphologie, soubresauts musculaires, tremblement des membres, mâchonnement ; n'avale que difficilement les liquides, constipation. Mutisme. Œdème des extrémités supérieures et inférieures ; pas d'albumine ; rien au cœur. Pupilles normales, pas de tremblement fibrillaire de la langue. Rien du côté de l'abdomen qui est seulement ballonné. Trois jours après le début de ces phénomènes spéciaux, éruption de purpura sur tout le corps, ulcérations entre les orteils. Stupeur habituelle. Hallucinations par intervalles, surtout le soir. Urine au lit ; constipation persistante. Cet état dure une douzaine de jours et fait place à un état de confusion mentale profonde avec inertie complète, refus d'aliments, idées passagères hypocondriaques, de négation, mélancoliques. Guérison au bout de cinq mois.

Obs. V. — Mlle L..., 18 ans — Hérédité arthritique et neuropathique. — Pas d'antécédents personnels. — En décembre, grippe légère, et tout d'un coup, d'un jour à l'autre, accuse un « ballottement » cérébral, avec impossibilité de penser, insomnie, anorexie, amaigrissement, torpeur intellectuelle. Elle reste inerte, le regard vague ; mutisme complet ; intervalles d'anxiété. Amélioration au bout de quinze jours ; le poids de 65 kil. tombé à 59 kil., remonte à 62 kil.

La malade allait de mieux en mieux, quand en juillet elle est prise d'une angine avec abcès ganglionaire suivie d'une rechute identique, mais moins accentuée, des troubles intellectuels. Pas d'hystérie ; amélioration nouvelle au bout de quelques mois.

Obs. VI. — Mme L..., 19 ans. — Mère très nerveuse. — La malade a eu, à l'âge de huit ans, une fièvre typhoïde avec délire et suivie d'amnésie : chorée à treize ans ; accidents hystériques. En septembre, attaque de diarrhée cholériforme ; dès le lendemain, délire à forme de confusion mentale : elle ne reconnaissait personne, ne savait pas où elle était, ne se souvenait de rien. Quelques hallucinations ; agitation automatique. Amélioration au bout d'une quinzaine de jours ; obnubilation mentale moins accentuée, souvenirs encore très confus, symptômes neurasthéniques. Guérison au bout de six semaines environ.

Obs. VII. — Mme X..., 32 ans. (Observation publiée en détail dans les *Annales Médico-psychologiques. Mai-juin 1893.*) — Hérédité neuro-arthritique. — Aptitude à délirer à l'occasion d'un processus fébrile, même léger, ou si elle est mise à la diète. — Atteintes successives de rougeole, angine herpétique, accidents cholériformes : à la suite début subit des troubles délirants affectant le type de la confusion mentale primitive. Amaigrissement notable sans refus d'aliments ; suspension des règles. Guérison au bout de cinq mois et demi environ.

Obs. VIII. — M. B..., 40 ans. — Père buvait un peu. — Pas d'antécédents personnels. En mai, fièvre typhoïde grave avec rechute, n'ayant guéri qu'en septembre. Pendant tout ce temps, délire hallucinatoire avec confusion mentale complète. Cet état fit place dans la convalescence à de la dépression profonde, presque de la stupidité : Inertie physique et intellectuelle absolue, paroles rares, amnésie profonde, indifférence absolue pour tout ; facies terreux, hébété, amaigrissement. Amélioration progressive mais très lente à partir de novembre. Symptômes neurasthéniques très accentués ; n'est pas encore totalement guéri ; il reste encore des troubles de l'attention et de la mémoire.

Obs. IX. — Mme V..., 40 ans. — Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. — En décembre atteinte de grippe, suivie subitement de troubles intellectuels à forme de confusion mentale : perte de la notion de lieu, de temps ; ne se rappelle même pas certains événements qui la touchent de près, tels que le départ d'un de ses enfants survenu peu de temps avant sa maladie. Inertie intellectuelle et physique.

Guérison au bout de quinze jours environ, mais il reste des troubles neurasthéniques assez accentués.

Obs. X. — M. B..., âgé de 18 ans. — Mère aliénée. — Pas d'antécédents personnels. Surmenage intellectuel excessif ; puis troubles dyspeptiques. Langue sale, haleine fétide, distension stomacale, digestions pénibles, constipation ; plaques très récentes d'eczéma aux membres inférieurs. Subitement délire hallucinatoire avec agitation très modérée, bavardage automatique ; grande confusion dans les idées ; il a l'air d'un individu qui vient de s'éveiller ou qui rêve. Plus tranquille le matin, il est plus agité et plus halluciné le soir et la nuit. Préoccupations professionnelles, hallucinations visuelles ; pas d'alcoolisme. Disparition au bout de moins d'un mois ; mais le malade reste neurasthénique et incapable de tout travail intellectuel pendant beaucoup plus longtemps.

Obs. XI. — M. B..., 40 ans. — Une sœur atteinte de folie de doute. — Pas d'antécédents personnels. Surmenage et préoccupations d'affaires suivies de troubles neurasthéniques légers, sans désordres intellectuels constatables ; troubles dyspeptiques. Atteinte d'influenza en mars ; à la suite, état très accentué de torpeur intellectuelle ayant duré plusieurs semaines ; impossibilité de soutenir une conversation de fixer son attention, de rassembler ses idées et ses souvenirs. Troubles dyspeptiques et neurasthéniques très accentués ; amaigrissement, disparition au bout de quelques semaines.

Obs. XII. — Mme A..., 30 ans. — Pas d'antécédents héréditaires connus. — Accidents neurasthéniques et dyspeptiques antérieurs, presque disparus. Attaque d'influenza en mars, à la suite, même état de torpeur intellectuelle que le malade précédent. Ne peut rassembler ses idées, est même incapable de s'exprimer ; se sent la tête toute embrouillée. Retour des troubles dyspeptiques et neurasthéniques. Amélioration au bout de deux mois.

Obs. XIII. — M. G..., 32 ans. — Antécédents héréditaires arthritiques. Pas de troubles psychiques antérieurs. Surmenage depuis deux ans ; accidents, neurasthéniques, céphalalgie, troubles dyspeptiques, constipation, urines souvent chargées en urates. Début subit le 16 juin par une période d'excitation avec hallucinations, idées mobiles d'empoisonnement, insomnie, grande confusion dans les idées. Au bout de quelques jours, anéantissement, confusion mentale très accentuée dont le malade se plaint lui-même : « Il voit et ne reconnaît pas. » Il ne peut rassembler ses idées et ses souvenirs, comprend difficilement les questions, reste court au milieu des réponses.

Il ne reconnaît que sa famille ou les personnes connues antérieurement, ne sait pas ce qui lui est arrivé, trouve tout changé chez lui. Aspect égaré ; il a toujours l'air d'un individu réveillé en sursaut. Perte de la notion du temps. Apathie, il s'arrête souvent au milieu d'un mouvement et s'immobilise dans cette position. Par moments, intervalles d'anxiété et hallucinations, incertitude, doute ; demande s'il n'a rien fait de mal ; agitation automatique. La confusion, plus accentuée le matin, diminue après les repas. Sommeil assez bon, pas de fièvre, langue un peu chargée et épaisse, renvois de gaz fréquents. Constipation très prononcée ; il se plaint de mal de tête en cercle, d'une fatigue générale, de ballonnement d'estomac. Légère inégalité pupillaire, très variable d'intensité, disparaissant même d'un jour à l'autre ; réflexes de l'iris conservés. Pas de tremblement, pas d'hésitation caractéristique de la parole, entrecoupée seulement par la difficulté que le malade éprouve à trouver ses idées et ses mots. Voir l'examen des urines. Poids tombé de 88 kil. 888, peu de temps avant la maladie, à 85 kil.

Obs. XIV. — Mlle B..., 21 ans. — Père migraineux. — Pas d'accidents nerveux caractérisés dans la famille. — Développement normal ; convulsions dans l'enfance ; fièvre typhoïde à huit ans, suivie d'un affaiblissement de la mémoire ; migraines fréquentes. En 1892, à la suite d'un mariage manqué, elle était devenue comme languissante. En octobre 1892, cet état s'est accentué ; amaigrissement progressif considérable, perte de l'appétit, constipation, fatigue générale, céphalalgie, incapacité de travailler, pas de suite dans les idées, mémoire infidèle, n'était jamais certaine de rien, anéantissement, incapacité de se mouvoir. On ne sait si elle a eu de la fièvre alors ; elle aurait pris cependant du sulfate de quinine. Insomnie avec cauchemars. Cet état s'est amendé progressivement au bout de trois ou quatre mois. En mai 1893, rechute subite avec agitation anxieuse, hallucinations, idées mélancoliques vagues, grande confusion dans les idées ; elle aurait eu de la fièvre. Au bout de trois ou quatre jours, torpeur, confusion complète, ne reconnaît plus personne. Cet état s'accentue et elle entre à l'hôpital dans un état voisin de la stupidité complète. Fièvre, langue un peu chargée, lèvres sèches, peau chaude et sèche, constipation, urine au lit ; maigreur excessive. Comprend les questions, mais difficilement ; remue les lèvres pour répondre, mais ne formule qu'un son indistinct. Facies égaré, œil hébété, mutisme absolu. Mouvements continuels dans les quatre membres, analogues à ceux de la carphologie. Raideurs musculaires,

tremblement ; suspension des règles. Alimentation artificielle. En juillet, la fièvre est tombée au bout de quelques jours ; les autres symptômes persistent ; gâtisme au lit, mouvements continuels et raideurs des membres, tremblement, facies égaré, ne répond pas aux questions, demande parfois d'elle-même où elle est. Elle reconnaît ses parents. (Après une courte amélioration, cette malade est morte quelques semaines plus tard, d'accidents cérébraux ; et l'autopsie a dévoilé l'existence d'une tuberculose généralisée des viscères, sauf les centres nerveux, de date ancienne, ayant évolué sans signes physiques ni fonctionnels, pathognomoniques).

III.

Voyons quelles sont les indications que ces observations peuvent nous fournir au point de vue de l'influence des troubles de la nutrition, des auto-intoxications sur la maladie mentale.

Ces indications sont de plusieurs ordres et découlent de l'étiologie, de l'aspect clinique, de l'expérimentation de la chimie et enfin de la thérapeutique.

A. *Indications étiologiques.* — Une remarque à faire tout d'abord, c'est que nous n'avons rapporté que des cas où les désordres intellectuels ont fait leur première apparition à la suite d'une cause occasionnelle dans laquelle on peut invoquer l'influence d'une auto-intoxication, laissant de côté ceux où l'on peut voir une maladie mentale déjà déclarée, se modifier sous une influence analogue.

Sans éliminer l'influence de la prédisposition héréditaire qui existe plus ou moins nette, parfois réduite au minimum dans la majorité de nos observations, nous voyons que la cause occasionnelle qui a provoqué la rupture de l'équilibre psychique, met dans tous les cas, en relief, des troubles de la nutrition, des infections, etc., ainsi que l'indique le tableau suivant :

Obs. I. — Puerpéralité.

Obs. II. — Puerpéralité.

Obs. III. — Troubles anémiques et dyspeptiques. — Erysipèle.

Obs. IV. — Misère, hygiène défectueuse, dispepsie.

Obs. V. — Influenza, rechute à la suite d'angine avec abcès ganglionaire.

Obs. VI. — Diarrhée cholériforme.
Obs. VII. — Rougeole, angine herpétique, diarrhée cholériforme.
Obs. VIII. — Fièvre typhoïde grave.
Obs. IX. — Influenza.
Obs. X. — Surmenage, dyspepsie.
Obs. XI. — Dyspepsie neurasthénique, influenza.
Obs. XII. — Dyspepsie neurasthénique, influenza.
Obs. XIII. — Surmenage, dyspepsie neurasthénique.
Obs. XIV. — Tuberculose.

Ce tableau des causes occasionnelles n'a pas, il nous semble, besoin d'interprétation et parle assez par lui-même.

B. *Indications cliniques.* — Au point de vue clinique, nous remarquerons que l'on trouve dans toutes ces observations le même cortège de symptômes plus ou moins accentués, mais identiques, et donnant à la maladie une physionomie spéciale : Confusion mentale, parfois simple torpeur intellectuelle ; d'autres fois, stupidité presque complète formant le fonds même de la maladie. Parfois, hallucinations et idées délirantes de nature triste en général, mobiles et passagères; inertie physique et morale ; épisodes réactionnels d'anxiété et d'agitation automatique. C'est, en un mot, sous ses diverses variétés, et à ses degrés d'intensité différents, l'ensemble clinique décrit sous les différents noms de stupidité, confusion mentale, démence aiguë, délire hallucinatoire, Verwertheit, amantia, dysnoia.

Nous n'insisterons pas ici sur la description symptomatique détaillée de ces formes cliniques, ni sur l'analyse psychologique de l'état mental. Il nous semble suffisant de signaler la physionomie spéciale de l'ensemble des symptômes psychiques qui, en résumé, ainsi que l'avait fait déjà remarquer Delasiauve, se rapprochent beaucoup de ceux que l'analyse révèle dans les délires causés par un agent toxique extérieur, dans le délire alcoolique ou le saturnisme, par exemple.

D'autre part, au point de vue somatique, on note dans la plupart des cas des troubles gastriques, de la constipation, de l'amaigrissement, même lorsque le malade s'alimente bien, des troubles circulatoires et vaso-moteurs, l'absence des règles, des symptômes neurasthéniques, parfois de la fièvre, et dans deux cas même, un état cachectique et typhoïde, et d'autres troubles des fonctions physiologiques sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

L'identité de l'ensemble des symptômes psychiques, ainsi que la présence des symptômes somatiques, sont des particularités intéres-

santes à relever au point de vue de la question qui nous occupe, car ils témoignent qu'il ne s'agit pas là de simples troubles vésaniques, mais d'une véritable maladie.

C. *Indications expérimentales.* — L'hypothèse d'une auto-intoxication dans des cas semblables à ceux que nous venons de rapporter, implique par elle-même des recherches expérimentales ; celle à laquelle on s'adresse le plus communément est la recherche de la toxicité urinaire. Mais les indications que l'on peut retirer par ce moyen d'investigation sont loin d'avoir toute l'importance qu'on serait tenté de leur attribuer à cause de l'incertitude et des difficultés de la méthode, surtout lorsqu'il s'agit d'aliénés.

Avant d'exposer le résultat des expériences que nous avons faites dans quelques-uns des cas résumés ci-dessus, qu'on nous permette de passer en revue certaines objections qui doivent nous mettre en garde contre des conclusions hâtives pouvant résulter de ce mode d'expérimentation ; objections d'ordre général qui nous ont été suggérées par de nombreuses recherches sur la toxicité urinaire chez des malades atteints de formes diverses d'aliénation mentale et dont il n'y a pas lieu, par suite, d'exposer ici en détail les résultats, puisque les sujets ne rentrent pas dans la catégorie des cas dont nous nous occupons.

L'objection qui se pose tout d'abord, c'est que pour juger du degré de toxicité d'une urine, il serait nécessaire de connaître exactement le degré de toxicité de l'urine normale.

Or, avons-nous des données suffisantes pour le fixer, sinon avec une exactitude mathématique, au moins d'une façon approximative?

Le professeur Bouchard lui-même déclare qu'il est fort difficile d'établir quelle est la quantité d'une urine normale nécessaire pour tuer un animal et que cette quantité oscille habituellement entre 30 centimètres cubes et 60 centimètres cubes par kilogramme ; pour Mairet et Bosc, entre 45 et 90 centimètres cubes. Une variation qui, suivant les expérimentateurs et suivant les sujets, peut osciller dans des limites aussi écartées, est-elle une base vraiment scientifique? Non certainement.

Mais il est à remarquer toutefois que ces différences de variations dans la toxicité urinaire d'un individu à un autre, ne sont pas aussi accentuées en réalité. Sans doute, on peut observer d'assez nombreuses divergences dans la dose nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal ou dans la quantité de poison rejeté dans un nychthémère ;

mais, ces divergences plus apparentes que réelles, tiennent à deux facteurs dont il est indispensable de tenir compte ; la quantité des urines émises en vingt-quatre heures et le poids des individus. En faisant entrer ces nouveaux éléments dans le calcul de la toxicité, on voit qu'il faut le plus généralement cinquante-deux heures pour que l'homme élimine de quoi tuer son propre poids. Ce dernier résultat est le plus constant, le moins sujet à variations, et c'est le seul qui puisse servir de terme de comparaison. (Bouchard, Roger).

Aussi bon nombre d'observations publiées jusqu'ici, et en apparence des plus probantes, doivent-elles être considérées comme non avenues, parce qu'elles ne donnent que la toxicité urinaire, c'est-à-dire le volume d'urine nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal.

Or, le plus ou moins de toxicité de l'urine d'un malade ne suffit pas pour nous renseigner sur le degré d'intoxication de ce malade. Il faut tenir compte de l'état de solution du poison, c'est-à-dire de la quantité d'urine émise et du poids du malade ; *il faut, en un mot, le coefficient urotoxique.*

Ce calcul, absolument indispensable, nous montre, ainsi qu'on en trouvera des exemples dans le tableau rapporté plus loin, qu'on ne peut juger du degré d'intoxication d'un malade par la simple détermination de la quantité d'urine nécessaire pour tuer un kilogramme d'animal.

C'est ainsi que dans les expériences 1 et 2, la toxicité de l'urine pour un kilogramme d'animal étant de 28 centimètres cubes et de 36 centimètres cubes, le calcul du coefficient urotoxique donne les chiffres respectifs de 0,489 et de 0,645, ce dernier très supérieur à la normale 0,464, alors que la toxicité par kilog. étant à 36 centimètres cubes, se rapproche au contraire de la normale plus que dans l'expérience I.

De même dans l'expérience 5, la toxicité par kilog. étant de 29 centimètres cubes, ferait croire à une augmentation sensible de la toxicité urinaire, tandis que le coefficient urotoxique 0,407, indique plutôt une très légère diminution. L'examen, dans le même sens, des expériences 4 et 6 montre de même que c'est justement de ces deux jours celui où la toxicité urinaire pour un kilog. se rapproche le plus de la normale, que le coefficient urotoxique est, au contraire, le plus abaissé.

Malheureusement, chez les aliénés, il est souvent bien difficile de calculer le coefficient urotoxique parce qu'il exige la connaissance du volume total des urines pendant les vingt-quatre heures, impos-

sible à préciser à cause de la résistance du malade, du gâtisme, etc., toutes causes d'erreur auxquelles des sondages, même répétés, sont insuffisants à remédier.

D'autre part, il est un fait certain, c'est que dans tous les cas, que l'on s'adresse à un individu en bonne santé ou à un malade, l'examen de l'urine des 24 heures peut donner d'un jour à l'autre des variations de toxicité. Et cela n'a rien d'étonnant, car en admettant comme prouvée, l'existence dans l'urine de substances toxiques multiples, il semble qu'elles devront avoir une toxicité différente à la fois en qualité et en quantité et qu'elles se formeront dans notre organisme, même à l'état physiologique, en quantités qui, tout en se tenant entre certaines limites, varieront d'un jour à l'autre suivant le genre de vie, de nourriture, de travail ; d'où il s'en suivra des variations correspondantes de la toxicité urinaire. C'est ce qui arrive aussi et l'expérience le prouve chez le malade. Ainsi que l'ont remarqué de Bouk et Sehasse et que nous l'avons vérifié nous-même, il faut d'un jour à l'autre injecter des doses bien différentes d'urine pour tuer un kilog. d'animal. Aussi est-il nécessaire d'indiquer dans les expériences le genre de vie, la nourriture, l'état des autres émonctoires (en particulier la diarrhée et la constipation), le jour où les urines ont été recueillies. De plus, il est indispensable *de ne pas se borner, ainsi qu'on le fait généralement, à une seule expérience*, à l'examen de l'urine d'un jour pour une maladie qui dure déjà depuis des mois et peut durer encore des mois. Mais il faut procéder pour la recherche de la toxicité comme pour l'examen chimique et poursuivre ses expériences pendant plusieurs jours consécutifs et à différentes époques de la maladie, suivant ses périodes successives.

Une autre cause qui amène des variations de toxicité, non seulement d'un jour à l'autre, mais encore dans les expériences de contrôle immédiates, et à laquelle il est impossible de remédier, c'est la différence de résistance individuelle des animaux en expérience. En effet, la même urine injectée en même temps et dans les mêmes conditions d'expérience à deux ou plusieurs animaux n'est pas toxique toujours à la même dose. Chaque animal, bien que réagissant contre le poison d'une façon analogue à celle de tous les animaux de son espèce, donne toujours en plus sa note de réaction particulière. Et c'est un fait banal qu'une même dose de substance toxique, si elle tue un animal, produit chez un second seulement des phénomènes graves qui ne seront que passagers pour un troisième. C'est là un fait que les expériences prouvent surabondamment et mieux que tout raison-

nement. Pavesi avait déjà rapporté des expériences à ce propos : Nous avons en nous-même l'occasion de vérifier maintes fois ce fait, que plusieurs de nos collègues nous ont dit aussi avoir constaté de leur côté.

D'autre part, comme il y a des causes capables de modifier les résultats et qui tiennent aux conditions de l'expérience, il importe toujours de signaler ces dernières.

Nos injections ont été faites avec de l'urine des 24 heures, prises de 8 heures du matin à la même heure du lendemain, filtrée, neutralisée en cas d'acidité. Pour empêcher la putréfaction, on peut ajouter dans le bocal où on la recueille un peu de naphtol, qui ne modifie pas la toxicité urinaire (Bouchard, Roger).

Dans nos expériences faites en été, l'urine a été introduite à la température ambiante ; il n'est nécessaire de la chauffer que si on la conserve dans la glace. Sans aucun doute, la température du liquide injecté ne doit pas être trop basse, si l'on ne veut pas s'exposer à un abaissement de la température centrale qui ne peut s'expliquer alors uniquement par l'action toxique. Mais d'un autre côté, il ne faut pas non plus s'exagérer l'importance de cette cause, et il nous semble résulter de nos propres recherches qu'il est inutile de s'astreindre à maintenir au liquide une température égale à celle de l'animal ; pourvu que l'écart ne soit pas trop accentué, cela suffit. Nous avons, par exemple, injecté de l'eau à la température ordinaire en été, à dose plus élevée que l'urine, sans qu'il en résultât le moindre inconvénient pour l'animal, et sans que nous ayons pu observer, en particulier, un abaissement plus sensible de la température centrale.

Pour la rapidité de l'injection, on se contente généralement de dire qu'il faut la faire *très lentement*. Il faut convenir que cela est bien peu précis ; aussi les expériences donnent-elles, à ce point de vue, des indications très différentes. En injectant trop vite, on risque ou de faire intervenir un nouvel élément, la modification de la pression intra-vasculaire, ou d'augmenter anormalement la toxicité du liquide et de ne pouvoir analyser les phénomènes de l'empoisonnement. En allant trop lentement, on risque de voir une partie du liquide s'éliminer au fur et à mesure qu'on l'injecte.

Dans quelles limites convient-il de se tenir ? D'après nos expériences personnelles, il nous a semblé qu'en faisant l'injection à raison de 2 centimètres cubes 5 à 5 centimètres cubes par minute, on obtenait des résultats sensiblement comparables. On a invoqué à ce propos l'accumulation de l'eau dans l'organisme et la nécessité de donner à la miction le temps de se produire. Or, dans ces limites,

nous n'avons jamais vu la miction ou la diarrhée subir des modifications particulièrement sensibles ; d'autre part, il nous est arrivé de contrôler mes expériences sur l'urine en injectant de l'eau dans les mêmes conditions de rapidité. Or, tandis que l'urine provoquait la mort de l'animal, l'eau injectée dans des proportions plus que triples ne déterminait aucun résultat digne d'être noté.

Nous nous sommes servi pour ces injections d'un appareil, sorte de siphon fonctionnant automatiquement et ayant l'avantage de donner dans l'appareil une pression continue et égale et que l'on peut régler à volonté. Les injections ont été faites dans la veine jugulaire du lapin, sans interruption, jusqu'à la mort de l'animal sur la planchette.

Ce procédé de la mort immédiate nous paraît bien supérieur à celui de la mort médiate employé par certains auteurs, pour éviter l'action d'une trop grande quantité de liquide et pour avoir, en même temps, la quantité minimum susceptible de provoquer l'intoxication. Les uns recourant alors à l'injection intra-veineuse, les autres à l'injection intra-péritoniale qui donnent d'ailleurs des résultats très comparables, d'après ce que nous avons pu constater. Cette méthode de la mort médiate, si elle semble plus précise parfois dans un seul cas, ne peut, à notre avis, être appliquée à un ensemble d'expériences, car on ne sait jamais quelle doit être la quantité à injecter. Les conditions changeant ainsi à chaque expérience, cette méthode ne peut donner de résultats que si l'on fait en même temps des injections en série et des doses progressives pour chacun des animaux en expérience, le résultat se trouvant donné par la dose minimum suffisante à provoquer la mort médiate. Et encore, dans ces conditions, ce procédé ne peut-il servir que comme moyen de contrôle de celui habituellement employé. C'est seulement ainsi que nous en avons usé.

Quant aux phénomènes mêmes d'intoxication résultant des injections d'urine, *ils nous ont paru très variables, même avec les urines d'un seul malade.* Tantôt l'animal meurt dans le coma, tantôt il présente au contraire des symptômes parétiques ou éclamptiques. Aussi pensons-nous que l'on n'est nullement autorisé à dire avec certains auteurs que l'urine injectée reproduit chez l'animal des symptômes se rapprochant de ceux observés chez le malade.

Quoiqu'il en soit, voici le résultat des quelques recherches que nous avons pu faire, avec MM. Londe et Brouardel, chez deux seulement de nos malades, soumises d'ailleurs depuis peu de temps à notre observation. Chez les autres, observées en ville ou à la consultation externe de l'hôpital, toute recherche suivie de ce genre nous a

TOXICITÉ URINAIRE : *Injections intra-veineuses jusqu'à mort immédiate.*

Nos des expériences.	DATES. — Urines du	POIDS du malade.	VOLUME d'urine en 24 heures.	TOXICITÉ pour 1 kil. des urines pathologiques.	TOXICITÉ des urines pathologiques pour 24 heures.	TOXICITÉ des urines normales du sujet pour 24 heures.	COEFFICIENT urotoxique pathologique.	COEFFICIENT urotoxique normal.
Urines du malade G.... (Obs. XIII.)								
1	4-5 juillet.	85 kil.	1200 cc	28 cc 369	41 kil. 594	39 k. 230	0,489	0,464
2	6-7		2020 cc	36 cc 614	54 kil. 897		0,645	
3	7-8		1500 cc	61 cc 481	24 kil. 414		0,287	
N. B. Ce malade, habituellement constipé, a pris un purgatif drastique dans la journée du 5 juillet. Application de six sangsues dans la soirée du 6. — L'alimentation du malade qui n'a pas varié, est de 250 gr. de viande et de 250 gr. de légumes environ par repas, plus un litre et demi à peu près de lait par jour.								
Urines de la malade B... (Obs. XIV.)								
4	21-22 juin.	33 kil. 500	600 cc	41 cc 405	14 kil. 491	15 k. 461	0,432	
5	30 juin 1er juillet.		400 cc	29 cc 310	13 kil. 647		0,407	
6	7-8 juillet.		450 cc	44 cc 296	10 kil. 158		0,303	
7	14-15 id.		480 cc	63 cc 253	7 kil. 588		0,226	
N. B. Deux saignées de 100 gr. chacune les 23 et 29 juin. — Au moment des expériences nos 4 et 5, l'alimentation de la malade nourrie à la sonde, consistait en deux œufs et deux litres et demi de lait environ par jour. A partir du 3 juillet (exp. 6 et 7), elle fut mise au régime commun de l'infirmerie (60 gr. de viande et autant de légumes par repas) plus un litre environ de lait par jour.								

été impossible. D'autre part, nous ne parlerons pas ici de nos expériences sur la toxicité urinaire dans les différentes formes d'aliénation, telles que manie, mélancolie, délire des persécutions, etc..., ces faits ne rentrant pas, ainsi que nous l'avons exposé au début, dans la catégorie des cas envisagés dans ce travail, et n'ayant avec la question que des rapports généraux ou très indirects.

Ces quelques expériences ne donnent, en définitive, que des résultats peu concluants. Elles deviendraient plus probantes, si, par la suite, la convalescence, par exemple, venant à s'établir, nous voyions se modifier la toxicité urinaire. Pour le moment, l'état des malades est toujours le même ; nous verrons plus tard à compléter nos expériences.

A côté de ces expériences sur la toxicité urinaire, nous avons recherché chez la malade B... de l'observation XIV, dont l'urine est légèrement hypotoxique, la toxicité du sérum par les mêmes procédés. Cette toxicité a été trouvée égale à la moyenne normale.

1re *expérience*, 24 juin. — Injection dans la veine de l'oreille d'un lapin, à raison de 1 centimètre cube par 2 minutes. La toxicité est de 11 centimètres cubes 111 par kilog. Mort immédiate.

2e *expérience*, 30 juin. — Injection intra-péritanéale de 16 centimètres cubes chez un lapin de 1 kil. 790, de 4 centimètres cubes à la fois, chaque injection séparée par un repos de quelques minutes. — Toxicité, 9,927 par kilog. — Paraplégie persistante. (L'injection n'a pu être continuée jusqu'à la mort, faute de sérum).

D. *Indications chimiques.* — L'analyse des urines au point de vue des éléments normaux ne nous a donné dans tous les cas où elle a été pratiquée aucune indication bien particulière. Nous ne parlerons encore ici que des malades des deux dernières observations.

Voici les résultats de l'analyse de l'urine du malade G..., faite par M. Viron, pharmacien en chef de la Salpêtrière.

Malade G..., obs. XIII.

Urines du 7 juillet. — Aspect limpide, couleur jaune pâle ; odeur sui generis.

Volume en 24 heures : 2020 centimètres cubes.
Réaction : acide.
Densité : 1017.
Eau : 964.
Extrait sec : 36.

Analyse chimique faite par M. Yvon, chef de laboratoire de la clinique de la Salpêtrière.

DATES.	VOLUME.	DENSITÉ.	URÉE.		ACIDE PHOSPHORIQUE.		CHLORURES.		OBSERVATIONS.
			par litre.	par 24 heures.	par litre.	par 24 heures.	par litre.	par 24 heures.	
Juin 19.	600	1,028	31,25	18,75	2,028	1,217	3,60	2,16	Albumine 0,22 par litre.
20.	450	1,029	39	17,55	2,186	0,984	3,80	1,71	*Urobiline* en quantité assez abondante.
21.	450	1,028	37,50	16,87	2,285	1,028	4	1,80	
22.	600	1,025	32,75	19,65	2,600	1,560	3,40	2,04	
23.	560	1,018	20,25	11,34	1,943	1,088	3,80	2,13	
26.	400	1,016	18,25	7,30	1,457	0,583	5,60	2,24	
27.	470	1,023	19,50	9,16	1,800	0,846	10,80	5,07	
28.	400	1,015	14	5,60	1,485	0,594	7,60	3,04	
29.	400	1,014	13,50	5,20	1,687	0,775	7,80	3,12	

N. B. Pendant toute cette période, l'alimentation consistait en deux œufs et deux litres et demi de lait environ par jour.

Matières organiques : 27,50.
Cendres : 8,50.
Urée : 11,52.
Acide urique : 0,22.
Chlorure de sodium : 5,90.
Phosphates (Ph 05) : 1,52.

Absence de glucose, de peptone, d'albumine.

En résumé : Urine ne contenant ni sucre, ni albumine, et renfermant les éléments physiologiques en proportion normale.

Malade B..., obs. XIV.

Urines troubles ; réaction neutre ; odeur ammoniacale très prononcée.

Voici ci-contre les résultats de l'analyse chimique faite par M. Yvon, chef de laboratoire de la clinique de la Salpêtrière.

De toute cette série d'analyses, les cinq premières seules méritent par elles-mêmes d'être prises en considération, parce qu'on a pu recueillir la totalité des urines des 24 heures. L'urée, les chlorures, l'acide phosphorique sont rendus pour 24 heures en quantité légèrement inférieure à la normale, tout en gardant à peu près leurs proportions respectives.

Dans les quatre dernières analyses, les urines n'ont pu être recueillies en totalité par suite du gâtisme. Aussi ces expériences n'ont-elles pas la valeur des premières. Néanmoins, elles fournissent quelques indications qu'il peut être intéressant de relever. C'est d'abord dans l'urine de chaque jour la diminution du taux de l'urée et l'augmentation de celui des chlorures. D'autre part, en tenant compte de l'urine perdue, dont la quantité n'a pas été considérable, si l'on se fonde sur celle des jours précédents recueillie en totalité, on est amené à admettre qu'il a pu y avoir réellement vis à vis des jours précédents une diminution de l'urée avec augmentation des chlorures.

Un fait d'une certaine importance à relever est la présence dans cette urine d'une quantité assez abondante d'*urobiline.*

De plus, les urines de cette malade ont été examinées par M. Viron, au point de vue des ptomaïnes. A la suite de ces recherches, faites à deux reprises, on a trouvé la première fois, en opérant sur 475 centimètres cubes d'urine, un produit en trop petite quantité pour être déterminé chimiquement. La moitié de ce produit, introduite sous la peau d'une grenouille (29 juin), a provoqué instantanément une paralysie du train postérieur et la grenouille est morte dans le coma au bout de quelques minutes.

Dans une seconde analyse faite sur l'urine de plusieurs jours, et représentant un volume total de 1100 centimètres cubes, M. Viron a retrouvé encore un produit qui, divisé en trois parties, a été expérimenté de la manière suivante :

Une première partie introduite sous la peau d'une grenouille a provoqué un état de torpeur avec affaiblissement des pattes de derrière et la mort au bout d'un quart d'heure environ.

Une seconde partie, inoculée à une souris blanche, au niveau de l'aine, n'a provoqué aucun phénomène.

La troisième partie fut inoculée à une souris blanche, sous la peau du dos. Au bout de quelques minutes, l'animal, très vif, devint somnolent, la respiration est accélérée ; cet état de torpeur s'accentue les jours suivants et l'animal meurt au bout de cinq jours.

Les urines du malade G... (obs. XIII), examinées au même point de vue et en opérant même sur un volume plus considérable, n'ont rien présenté qui mérite d'être signalé.

En résumé, le résultat des recherches expérimentales et chimiques chez les deux malades dont nous parlons ici, a été le suivant.

1° Chez le malade G..., l'analyse des urines ne donne rien de particulier ; coefficient uro-toxique variant au-dessus et au-dessous de la normale ; recherche des ptomaïnes infructueuse.

2° Chez la malade B... Hypotoxicité urinaire plus ou moins accentuée, mais constante : Le sérum est toxique à la moyenne normale ; quelques modifications dans la quantité des éléments normaux de l'urine semblant dénoter des troubles de la nutrition : Urobilinurie ; présence dans les urines, même en petit volume, d'une substance indéterminée, mais toxique pour les animaux auxquels elle a été inoculée.

Il est assez curieux de remarquer que c'est précisément dans ces urines *hypotoxiques* que l'on a pu isoler une substance déterminant la mort des animaux sur lesquels elle fut expérimentée.

E. *Indications thérapeutiques.* — Sans insister sur le traitement en général des cas analogues à ceux que nous avons rapportés, nous ferons remarquer que, parmi les moyens thérapeutiques employés pour le traitement physique, et cela même de longtemps, il en est auxquels tous les auteurs s'accordent à reconnaître une action favorable et qui touchent à la question même qui fait l'objet de cette discussion.

Parmi ces moyens, les premiers s'adressent à la nutrition générale

du malade, ce sont les médicaments analeptiques, les toniques et les reconstituants, le régime alimentaire composé d'aliments substantiels et de facile digestion, l'hydrothérapie.

D'autres agents thérapeutiques regardés jadis comme s'adressant surtout à la gêne de la circulation cérébrale et produisant également de bons effets, sont les purgatifs, les émissions sanguines, les exutoires, les médicaments diurétiques et diaphorétiques, les bains qui servent à rétablir les fonctions de la peau. En se plaçant au point de vue des auto-intoxications, l'action reconnue de ces moyens thérapeutiques résulterait, sans nul doute, de ce qu'ils favoriseraient l'élimination des substances toxiques contenues dans l'organisme.

Les anciens auteurs avaient d'ailleurs signalé que la guérison de la stupidité pouvait être précédée de phénomènes critiques, diaphorèse, sialorrhée, diarrhée abondante, jugeant la maladie.

Enfin, il est une série de procédés thérapeutiques que l'on peut appliquer à ce genre de malades, avec quelque avantage, et qui sont en rapport avec l'hypothèse d'une auto-intoxication, ce sont ceux qui sont destinés à réaliser l'antisepsie gastro-intestinale.

Le traitement de ces cas étant, en général, complexe, il est bien difficile, au milieu de tous ces agents employés, d'assigner à chacun sa part ; tous en somme concourent au même but. Pour les malades de nos observations, nous avons suivi les règles thérapeutiques que nous venons d'exposer et tous les cas qui ont pu évoluer ont abouti à la guérison. (Une malade est morte de maladie intercurrente, deux sont encore en cours de maladie.) A côté des bénéfices plus lointains de la médication reconstituante, nous avons pu, dans la pratique, remarquer l'intérêt *immédiat* qu'il y avait à régulariser les fonctions digestives, l'influence de l'administration des purgatifs et aussi d'émissions sanguines légères, suivie pendant le ou les jours consécutifs d'une atténuation de la confusion mentale.

IV.

Arrivé au terme de ce travail, nous nous résumerons dans les conclusions suivantes qui nous paraissent découler logiquement des faits que nous venons d'exposer.

1° Les observations précédentes nous montrent que l'on peut retrouver à l'origine des désordres intellectuels et comme cause occa-

sionnelle, soit des troubles de la nutrition, soit des maladies infectieuses, des troubles gastro-intestinaux, tous cas dans lesquels on peut supposer l'influence d'une auto-intoxication.

2° Dans ces cas, la maladie revêt une symptomatologie particulière. Du côté somatique on relève des désordres parfois très accentués dans le domaine des fonctions des divers appareils. L'amaigrissement, même en cas d'alimentation suffisante, est presque de règle. On peut noter de la fièvre par intervalles et même un état général grave.

Au point de vue psychique, c'est la confusion mentale à tous ses degrés avec ou sans hallucinations, qui est le symptôme essentiel et prédominant. Par suite, les troubles intellectuels se rapprochent, ainsi que l'avait fait déjà remarquer Delasiauve, des délires produits par un agent toxique extérieur, tels que les délires alcoolique, saturnin, etc.

3° Les moyens thérapeutiques (nous ne parlons que de ceux qui s'adressent au côté physique) le plus généralement employé et avec succès, sont d'abord ceux qui ont pour but de relever la nutrition générale. Il en est aussi qui peuvent être considérés comme favorisant l'élimination des substances toxiques, en s'opposant à leur formation.

4° Ces diverses considérations sembleraient plaider en faveur de l'hypothèse d'affections mentales dépendant d'auto-intoxications ; mais la démonstration rigoureuse ne peut en être faite, même à l'aide des procédés chimiques et moins encore des procédés expérimentaux, très incertains et qui ne donnent que de simples indications très vagues et sans précision.

5° Les résultats incomplets ou contradictoires consignés à ce sujet dans toutes les observations publiées jusqu'ici par les auteurs, ne peuvent servir à trancher la question. C'est une voie nouvelle ouverte à nos recherches, mais on est encore bien loin d'avoir atteint le but.

TOXICITÉ URINAIRE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES.

Par M. le Dr J. Voisin, médecin de la Salpêtrière.

J'ai continué cette année les expériences que j'avais commencées l'année dernière avec M. Péron sur la toxicité urinaire chez les épileptiques. J'étais arrivé aux conclusions suivantes qui ont été publiées dans les Archives de neurologie de 1892, 1893.

1° Il y a avant la série un abaissement considérable de la toxicité urinaire. Il y a hypotoxicité.

2° Pendant la série cet abaissement persiste moins marqué que dans la période proparoxistique. La courbe tend déjà à se relever.

3° Après la série, la toxicité urinaire se relève, dépasse la normale si la série est finie. Si la série n'est pas terminée, le coefficient ne s'élève pas au-dessus de la normale et les accès reparaissent. Cette hypotoxicité est un élément de diagnostic pour affirmer que la série n'est pas finie et que certains cas quotidiens qui étaient considérés comme des cas isolés, doivent être considérés comme faisant partie d'une série durant plusieurs jours. Cette hypotoxicité persiste aussi quand, après les accès convulsifs, se développe le délire ou l'excitation maniaque.

4° Certains malades, en particulier les malades gravement atteints dans leur état mental, paraissent avoir une hypotoxicité constante; mais, néanmoins, la toxicité la plus faible répond aux périodes proconvulsives, la plus forte aux périodes post-convulsives.

5° La toxicité urinaire en dehors des paroxysmes est-elle normale? Nous inclinons à le croire avec MM. Deny et Chouppe, au moins chez les épileptiques femmes; cependant, il semble bien qu'il y ait des épileptiques, et ce ne sont pas les moins atteintes au point de vue mental, dont l'état normal est l'hypotoxicité.

6° Le trouble mental des épileptiques paraît toujours s'accompagner d'hypotoxicité.

7° Enfin, à ces conclusions, je puis ajouter celle-ci qui ressort de nos observations: Un trouble gastrique profond avec état saburral

prononcé de la langue précède et accompagne toujours les accès, c'est-à-dire coïncide avec l'hypotoxicité urinaire.

J'ai voulu, cette année, avec mon interne, M. R. Petit, recommencer une nouvelle série d'expériences sur les épileptiques simples et sur les épileptiques hémiplégiques, afin de voir si elles viendraient corroborer celles que j'avais faites avec M. Péron.

Nos expériences sur les épileptiques simples donnent les mêmes résultats que ceux que j'ai obtenus avec M. Péron et nous conduisent aux mêmes considérations cliniques, pathogéniques et thérapeutiques que nous avons développées dans les numéros des Archives de neurologie.

Nos expériences sur les épileptiques hémiplégiques, ne sont malheureusement pas assez avancées pour que je vous donne nos conclusions, ce sera pour plus tard ; cependant, je puis vous dire qu'elles semblent corroborer les conclusions énoncées plus haut, c'est-à-dire l'hypotoxicité urinaire avant et pendant les accès en série surtout chez les personnes affaiblies mentalement.

Comme beaucoup d'objections étaient soulevées contre le manuel opératoire et, comme d'un autre côté, je crois reconnaître que l'usage de la seringue était très difficile, j'ai employé un autre moyen pour tâcher de remédier à tous ces inconvénients. Pour cela, je me suis servi d'un appareil inventé par mon interne M. R. Petit. Nous voulions une force constante, toujours la même, poussant l'injection d'une façon continue et produisant un débit constant, toujours le même. Dans ce but, nous avons fait construire une éprouvette à pied, haute de 0,43 cent., ayant 0,040 millim. de diamètre et contenant 500 cent. cubes et graduée en centimètres cubes. Le 0 de la graduation répond à la partie supérieure. En bas, l'éprouvette est percée latéralement d'un trou circulaire obturé par un bouchon dans lequel passe un tube de verre coudé peu après sa sortie. Un tuyau de caoutchouc, d'une longueur de 4 mètres environ, est ajusté en haut sur le tube de verre coudé, tandis qu'en bas il porte une aiguille capillaire, comme celle de Pravaz, mais plus longue. Au voisinage de l'aiguille, un index de verre est interposé dans la conduite de caoutchouc et permet de s'assurer qu'il n'y a pas de bulles d'air et que le sang de l'animal ne reflue pas dans l'appareil. A l'aide d'une pince de mors à visse on peut écraser le tube de caoutchouc et arrêter l'injection.

En plaçant alors l'éprouvette à une hauteur donnée au-dessus de la table sur laquelle on opère, on a un écoulement continue que l'on peut interrompre facilement quand on le désire. En opérant toujours

avec la même hauteur de chûte on a une pression sensiblement constante, et les expériences sont toujours comparables les unes aux autres. De plus, cet appareil étant d'une grande simplicité, est facile à réaliser, non fragile, et peut être maintenu sans peine dans un état de propreté parfaite, ce qui est également indispensable.

Nous nous servons donc de cet appareil que nous plaçons à une hauteur de 1 mètre au dessus de l'animal mis en expérience, ce qui nous donne un écoulement de 10 centimètres cubes par minute.

Afin d'éviter l'introduction d'air dans les veines, nous opérons sur la veine marginale postérieure de l'oreille d'un lapin. Après avoir coupé les poils ou les avoir rasés soigneusement, nous laissons échapper une goutte d'urine qui tombe sur la veine, et pendant que, grâce à la pince de mors à visse, une seconde goutte sort lentement de l'aiguille, nous piquons la veine à travers la goutte d'urine qui repose dessus. Je ne crois pas qu'ainsi l'introduction d'air dans les veines puisse être incriminée.

L'aiguille en place, on desserre complètement la pince et on maintient cette aiguille avec la main qui suit aisément les mouvements de la tête de l'animal ; on peut alors très facilement observer tous les symptômes qu'il présente.

Opérant donc dans ces conditions, nous avons confirmé les résultats obtenus par nous précédemment. L'urine est toujours hypotoxique avant et pendant la série, et ce n'est que lorsque la série est terminée que la toxicité augmente, soit pour dépasser la normale, soit en restant au-dessous si on a affaire à une malade qui marche vers la démence ou dont l'état mental est en tous cas plus ou moins profondément atteint.

Il y a donc une véritable élimination après les séries d'accès. Mais cette élimination n'a pas toujours lieu au même moment pour tous les sujets, alors qu'on l'observe chez les uns dans les 24 heures qui suivent la fin de la série, chez d'autres, elle ne paraît qu'au bout de 48 heures. Enfin, dans plusieurs cas, nous avons vu une fois la série terminée, la toxicité urinaire augmenter progressivement pendant 24, 36 et 48 heures.

Nous avons alors voulu voir si les épileptiques hémiplégiques suivaient la même règle que les épileptiques simples. Malheureusement, je n'ai pas pu faire un assez grand nombre d'expériences pour oser tirer encore des conclusions. Je poursuis ces expériences avec mon interne et j'espère obtenir un résultat. Quoi qu'il en soit, toutes les épileptiques hémiplégiques dont j'ai employé les urines ont donné

toujours des urines moins toxiques que normalement ou au moins n'ont pas dépassé le coefficient normal. Cela tient, sans doute, à ce que toutes ces malades sont atteintes profondément dans leur état mental. Mais, je le répète, je ne puis rien encore affirmer au sujet des épileptiques hémiplégiques.

Ces recherches, Messieurs, sont, vous le savez, extrêmement longues et minutieuses. Les causes d'erreur abondent, et de très nombreuses objections sont faites à ce sujet. Aussi, dans l'intérêt de la science, il serait, me semble-t-il, très important de s'entendre et d'arrêter les points suivants pour que toutes les recherches des expérimentateurs puissent être comparées.

1° Il faut opérer avec l'urine des 24 heures. Ceci est indispensable, car M. Bouchard a démontré quelles différences existent entre les urines du jour et celles de la nuit ; d'autre part, une miction peut être extrêmement toxique et la suivante très peu. Il faut donc l'urine des 24 heures. C'est là une grosse difficulté et nous avons souvent dû recourir à l'usage de la sonde à demeure, en caoutchouc rouge, qui nous a rendu de grands services. Quoiqu'il en soit, quand on met une malade en expérience, il faut lui vider complètement sa vessie et commencer, à ce moment, à recueillir les urines de 24 heures.

2° Il serait aussi capital de s'entendre sur la signification à donner aux termes accès quotidiens en série, et accès isolés. Il y a là une source d'erreur très difficile à vaincre et qui nous a plusieurs fois embarrassés. En effet, il y a des malades qui ont des accès quotidiens se répétant pendant 2, 3 et 4 jours ; puis, un jour ou deux se passent sans accès ; on croit la série terminée, et cependant il n'en est rien ; le lendemain et le surlendemain de nouveaux accès reparaissent, et seulement alors on observe l'hypertoxicité urinaire, la véritable élimination. Suivant les cas alors, la malade reste trois, cinq, dix jours et plus sans accès et une nouvelle série recommence, semblable généralement à la précédente. Avec cette hypertoxicité urinaire coïncide aussi la disparition du trouble mental s'il y en a au moment des accès.

3° Il faudrait opérer dans ces expériences avec une méthode unique. Qu'on adopte un appareil quelconque, mais que la pression soit constante, et l'on pourrait, dans ce but, se servir de la pression atmosphérique. En employant une aiguille capillaire, on pourrait toujours comparer les diverses expériences en prenant comme mesure le débit de l'appareil par minute. Dans ce cas, il me semble qu'un débit de 10 centimètres cubes par minute pourrait être avantageuse-

ment adopté par tous. C'est d'ailleurs le débit adopté par M. Bouchard.

4° Il faut encore que nous opérions tous sur la même espèce animale. Le lapin me paraît l'animal de choix, vu la facilité relativement grande avec laquelle on s'en procure. Il ne faut opérer que sur des lapins adultes de 8 mois à un an et de 1,200 gr. à 1,800 gr. environ. On choisira naturellement des sujets bien portants, vigoureux, et qui n'aient pas été l'objet d'autres expériences. On incriminera peut-être l'idiosyncrasie de la résistance de chaque lapin. Cela peut être juste dans une certaine limite, bien que plusieurs fois j'ai injecté de la même urine consécutivement à deux lapins sans trouver une oscillation considérable dans le coefficient uro-toxique. En tous cas, s'il y a là une cause d'erreur que nous ne pouvons vaincre, écartons du moins, avec le plus grand soin, toutes les autres.

5° Il resterait, Messieurs, à s'entendre sur le manuel opératoire. Je crois qu'à tous points de vue, nous devons choisir l'injection intraveineuse et que, dans tous les cas, nous devrions opérer sur les veines de l'oreille du lapin. En effet, elles sont facilement accessibles, sans qu'il soit besoin de les dénuder. On introduit le liquide dans le torrent circulatoire, assez loin de l'organe central pour ne pas avoir à craindre d'accidents de ce chef. La veine jugulaire nécessite une dénudation et un traumatisme plus considérable et souvent gênant. Enfin, en injectant dans la veine de l'oreille de la façon que je vous ai indiquée au début, on évite aussi sûrement que possible l'introduction d'air dans les veines, et les accidents qui en résultent, accidents que je n'ai jamais observés dans mes expériences ainsi faites.

ACCOUCHEMENT A TERME CHEZ UNE PRIMIPARE.

Délire maniaque dès le 3e jour après l'accouchement, considéré comme étant une folie puerpérale. Diagnostic de l'albuminurie brightique aiguë, 5 semaines après le début des phénomènes. Etat d'aliénation maniaque. Traitement de l'albuminurie. Guérison au bout de cinq mois. Maintien de la guérison pendant deux autres accouchements.

Par M. le Dr Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière.

J'ai été appelé le 4 avril 1885, auprès d'une dame qui venait d'être transportée de Poitiers à Paris dans un état d'agitation maniaque survenu à la suite de sa première couche. Cette dame était d'une complexion faible, mais de parents bien portants. Rien de particulier chez les collatéraux.

Elle était accouchée, il y avait cinq semaines, d'un enfant qui est mort presque aussitôt sa naissance.

La sortie de l'enfant avait été difficile, longue, et avait nécessité le débridement du périnée.

Antérieurement à l'accouchement, cette dame n'avait présenté rien de particulier au point de vue mental et on n'avait rien remarqué qui put faire soupçonner la moindre modification de l'urine qui, du reste, n'avait pas été examinée.

Le troisième jour après l'accouchement on remarqua un peu de délire, mais on n'y prit garde.

Le cinquième jour de l'accouchement, elle fut prise d'un délire maniaque et de fièvre.

Une consultation de médecins de Poitiers conclut au diagnostic de manie puerpérale.

Les suites de couches furent du reste normales, mais le délire et la fièvre ne cessèrent pas pendant trois semaines ; la fièvre seule céda à ce moment, mais le délire persistant avec sa forme maniaque, ses parents se décidèrent à la transporter à Paris et à la confier à mes soins, ce qui eut lieu cinq semaines, comme nous l'avons dit, après l'accouchement.

Etat lors de ma première visite faite de concert avec le docteur Burlureaux.

La malade est excitée au plus haut point en gestes et en paroles :

mouvements incessants des membres supérieurs et inférieurs ; il est impossible de maintenir rien sur elle ; elle crache, elle frappe, elle griffe ; ce qu'elle dit est absolument incohérent. Tantôt elle reconnaît son mari et sa mère, tantôt elle ne les reconnaît pas.

La parole est nette.

On peut arriver à la faire manger suffisamment.

Je suis frappé de l'odeur très fétide, ammoniacale qui s'échappe de son lit et de ses linges ; son haleine présente la même odeur désagréable, ammoniacale. Je suis frappé, en outre, de l'œdème des paupières, des supérieures surtout.

Il n'existe pas d'œdème aux jambes. L'auscultation des poumons et du cœur ne fait rien constater de particulier. Rien d'anormal au toucher, dans les organes génitaux.

Une pression peu forte sur la région rénale gauche détermine une très vive douleur. Le ventre ne présente rien de particulier ; pas de taches, ni de diarrhée.

Il est nécessaire de la sonder pour obtenir un peu d'urine et nous pouvons constater de suite, en la chauffant, qu'il s'y forme un précipité très cailleboté qui ne disparaît pas par l'addition d'acide nitrique.

Temp. axill. 37,5.

Mon confrère et moi nous tombons d'accord sur l'existence d'une albuminurie aiguë comme cause du délire.

Le traitement institué consiste en : 1° application de ventouses sèches à la région lombaire, tous les jours ;

2° Un bain de vapeur sèche chaque jour ;

3° En tisane jaborandi ;

4° En alcoolature d'aconit ;

5° En sulfate de quinine et en alimentation principalement lactée.

Le 10 avril, addition de 15 cent. de benzoate de lithine par jour au traitement et suppression du sulfate de quinine. L'urine renferme 1 gr. 80 d'albumine p. 100 et des tubuli.

Le 18. Diminution très notable de l'odeur fétide de la malade et de son haleine.

Le 20. Grande amélioration mentale. Pour la première fois, la malade parle de son mari ; elle dit qu'elle a dû être bien malade. Même traitement.

Le 25. L'amélioration mentale continue, mais il existe encore de l'agitation la nuit. 1 gr. 20 d'albumine pour 100.

Le 1er mai. L'urine ne renferme plus que 40 cent. p. 100. Amélioration considérable.

Le 9 mai. Je la trouve dans une agitation très grande. L'urine renferme 80 cent. p. 100.

La dose de benzoate de lithine est portée à 40 cent. par jour. Le reste du traitement est continué.

13 mai. Agitation par moment. Apirexie.

Le 12 juin, étant à la campagne, son état s'est amélioré de jour en jour. Les bains de vapeur ne sont plus donnés que tous les trois jours et les ventouses sèches ne sont plus appliquées que deux fois par semaine.

14 juillet. L'amélioration a continué. L'urine ne renferme plus que 15 cent. d'albumine *par litre*. La malade augmente de poids.

En août, elle a augmenté de 10 kilos. La mémoire revient peu à peu, pourtant en septembre, elle ne se souvenait pas encore de son voyage de Poitiers à Paris et, pour les choses du jour, elle fait encore bien des erreurs ; elle reprend cependant sa présence d'esprit, sa gaîté, son entrain ; elle n'a pas la moindre hallucination.

Le 2 octobre. L'urine ne renferme que 12 cent. *par litre*. Les bains de vapeur, les ventouses sèches sont suspendus. Elle prendra encore 15 cent. de benzoate de lithine par jour. La fonction menstruelle a réapparu le 11 septembre et a été régulière depuis.

A partir des derniers mois de l'année, l'état moral et mental a été absolument normal.

Dans le courant de l'année 1886, elle est devenue enceinte ; l'accouchement s'est fait dans les premiers mois de 1887 dans des conditions satisfaisantes pour cette dame et pour son enfant, malgré qu'elle eût encore 3 cent. d'albumine par litre d'urine. Nouvel enfant en 1889 dans les mêmes bonnes conditions.

Juillet 1893. La santé de cette dame est bonne quoique son urine renferme toujours une petite quantité d'albumine, mais il n'y a plus de tubuli.

M. Doutrebente. — Je ne veux point prendre partie dans le débat, quant à la doctrine ; mais simplement vous présenter les observations que la discussion actuelle m'a suggérées.

La folie puerpérale, que je considérais jusqu'ici comme liée à l'hérédité vésanique, ne serait plus qu'une psychose par auto-intoxication et, quand elle survient, on est certain d'en faire la preuve par l'hypertoxicité des urines ou des lochies. Dans tous les cas de folie puerpérale, ils sont déjà nombreux, que j'ai pu observer depuis plus

de 20 ans, j'ai toujours constaté l'existence de l'hérédité, et en particulier de l'hérédité maternelle. C'est presque là un fait de constatation banale.

Je ne me refuse point à admettre, dans une certaine mesure, l'influence de l'auto-intoxication dans la production de la folie puerpérale; mais je donne et reconnais à l'hérédité vésanique un rôle prépondérant, capital, presque absolu. S'il en était autrement, il faudrait admettre que, parmi toutes les nouvelles accouchées, l'auto-intoxication choisit les héréditaires. En raison des progrès incessants réalisés par les accoucheurs contemporains dans leur lutte contre l'auto-intoxication, il serait permis d'entrevoir une époque où la psychose puerpérale par auto-intoxication disparaîtra comme tend à disparaître la fièvre puerpérale. La vérité est, à mon sens, que toutes les nouvelles accouchées font plus ou moins d'auto-intoxication et que la folie peut survenir à toutes les périodes de l'état puerpéral, sans l'influence de l'hérédité.

On a remarqué aussi que les urines des mélancoliques seraient plus toxiques que celles des maniaques; mais, on a peut-être oublié de nous dire que dans la mélancolie, toutes les sécrétions sont plus ou moins diminuées ou même taries; partant les urines plus rares sont plus chargées de principes toxiques.

On vient de nous affirmer le caractère de périodicité des psychoses de l'arthritisme et qu'en cherchant dans les antécédents héréditaires du sujet, on y trouve des arthritiques. J'ajouterai que la périodicité caractérise les folies héréditaires (Morel), témoin la folie circulaire ou à double forme.

A propos du délire post-typhique, qu'il me soit permis de vous signaler le fait curieux d'un jeune homme de 20 ans, dégénéré, considéré comme incurable, présentant les symptômes d'une démence précoce ou juvénile.

En dépit de ce pronostic fatal et prématuré, il est sorti guéri, et cela pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave. Dans ce cas, au moins, le poison typhique a joué un rôle bienfaisant.

Dans une autre circonstance, en 1867-1868, pendant mon internat à Saint-Yon, dans le service de Morel, j'ai constaté aussi un certain nombre de guérisons surprenantes, inespérées, survenues à la suite d'une épidémie de variole.

M. A. Voisin, après quelques critiques de détail concernant le rapport de MM. Régis et Chevallier-Lavaure, a rapporté plusieurs exemples de délire chez des opérées d'ovariotomie et, dans un cas où

il a pu faire l'autopsie, il n'a rien trouvé qui puisse lui permettre d'invoquer l'auto-intoxication infectieuse comme cause de la mort.

M. Voisin croit que la mort était due à la congestion méningée. C'est là, il faut bien le dire, une cause de mort peu concluante, étant admis, d'après M. Régnaud, que la congestion méningée ou cérébrale constatée à l'autopsie, est souvent et simplement le résultat de l'hypostase, *post mortem*. — Si M. Voisin avait examiné le cœur et les gros vaisseaux, il aurait peut-être trouvé cette variété d'endardérite à couleur groseille hortensia, signalée par M. Briand, qui en fait une lésion caractéristique du délire aigu et d'origine microbienne.

NOTE SUR L'ALBUMINURIE CHEZ LES ARTHRITIQUES

Par M. Michau, de La Rochelle.

J'ai l'honneur de présenter au Congrès les résultats de quelques analyses qui m'ont été confiées.

On est tout d'abord frappé de la fréquence des cas où l'urine présente *un excès d'acide urique.*

C'est la note urologique dominante dans notre région.

Elle correspond donc, comme diathèse, à l'arthritisme en général.

En outre, les urines examinées, tout en offrant comme caractère commun une proportion anormale d'*acide urique,* renferment également de l'*albumine.*

Le but de la présente communication est surtout d'appeler l'attention sur la coexistence de ces deux éléments.

La présence de l'albumine se présente d'une façon constante dans les urines d'un même malade, même lorsqu'elles sont examinées à des intervalles éloignés. Ainsi, on constate des traces d'albumine dans les urines successivement analysées pendant les périodes suivantes :

6 mois pour une urine.

7 mois pour une urine.

1 an 1/2 pour une urine.

4 mois pour deux urines.

2 ans pour deux urines.

Plus de 2 ans pour une des urines.

On remarquera :

Que dans ces analyses (au nombre de 50 environ) on ne constate la présence ni de pus, ni de sang, ni de cylindres, qui pourraient justifier l'apparition de l'albumine ;

Que cette albumine coïncide avec une surproduction d'acide urique;

Que cette albumine se montre constante dans l'arthritisme et que, par suite, elle peut être désignée sous le nom d'albumine arthritique.

Pour éviter les répétitions, nous nous contenterons de reproduire les caractères laissés par quelques-unes de ces analyses.

(*Note du Secrétaire général*).

Analyses d'urines à diverses périodes.

10 décembre 1892.

	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	1,000	720
Acide total en acide phosphorique.	63,75	45,900
Chlore total	6,004	4,322
Urée	27,029	19,460
Acide urique	1,228	0,884
S 0^3	3,433	2,471
Densité	1,032 (urine concentrée).	
Réaction	Très acide.	
Aspect	Très trouble, dépôt rouge abondant.	
Couleur	Jaune orangé.	
Sédiments — acide urique ou urates	sédiments briquetés considérables.	
Sédiments — oxalate de chaux	petits cristaux nombreux.	
Sédiments — pus	0.	
Sédiments — sang	0.	
Sédiments — cylindres	0.	
Albumine	traces nettes.	
Sucre	0.	
Bile.	0.	
Peptones	0.	
Acétone	0.	
Indican	forte proportion.	
Urobiline	en excès.	
Urée		

9 janvier 1893.

	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	1,000	1,740
Eléments fixes	46,50	80,910
Acide total en acide phosphorique.	1,562	2,717
Chlore total	4,427	7,702
Urée	18,958	32,986
Acide urique	0,568	0,988
Acide phosphorique	1,999	3,478
S 0^3	2,060	3,584
Densité	1,020.	

Réaction	acide.
Aspect	louche, faible dépôt.
Couleur	jaune pâle.
Sédiments — acide urique ou urates	peu abondants.
Sédiments — oxalate de chaux	assez nombreux, petits.
Sédiments — pus	0.
Sédiments — sang	0.
Sédiments — cylindres	0.
Sédiments	spermatozoaires et cristaux de phosphates bi-calciques.
Albumine	traces faibles.
Sucre	0.
Bile	0.
Peptones	0.
Acétone	0.
Indican	traces notables.
Urobiline	non excès.
Urée	

3 mars 1893.

	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	1,000	1,780
Eléments fixes	40,95	72,891
Acide total en acide phosphorique	1,593	2,831
Chlore total	4,548	8,095
Urée	19,599	34,866
Acide urique	0,448	0,797
Acide phosphorique	1,808	3,218
SO^3	2,197	3,910
Densité	1,019.	
Réaction	acide.	
Aspect	louche, dépôt peu abondant.	
Couleur	jaune orangé.	
Sédiments — acide urique ou urates	acide urique et urates peu abondants.	
Sédiments — oxalate de chaux	0.	
Sédiments — pus	très rares.	
Sédiments — sang	0.	
Sédiments — cylindres	0.	
Sédiments	pas de spermatozoaires.	
Albumine	traces à peine perceptibles.	

Sucre	0.
Bile	0.
Peptones	0.
Acétone	0.
Indican	forte proportion.
Urobiline	non en excès.
Urée	

12 juin 1893.

	Par litre.	Par 24 heures.
Volume	1,000	850
Eléments fixes	73,25	62,262
Acide total en acide phosphorique.	1,062	0,902
Chlore total	8,794	7,474
Urée	32,793	27,874
Acide urique	1,078	0,916
Acide phosphorique	3,436	2,920
SO^3	3,021	2,567

Densité		1,034 (urine très concentrée).
Réaction		faiblement acide, subit rapidement la fermentation alcaline.
Aspect		trouble dépôt abondant.
Couleur		jaune rougeâtre.
Sédiments	acide urique ou urates.	urate ammoniaque abondant.
	oxalate de chaux	rares.
	pus	0.
	sang	0.
	cylindres	0.
		phosphate ammoniaco-magnésius et phosphate bicalcique par suite de la fermentation alcaline.
Albumine		traces faibles.
Sucre		0.
Bile		0.
Peptones		0.
Acétone		0.
Indican		forte proportion.
Urobiline		en excès.
Urée		

L'ALBUMINURIE CHEZ LES ARTHRITIQUES

ET LES

AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES MENTALES

PAR M. LE D[r] H. MABILLE,

Médecin-Directeur de l'Asile de Lafond (La Rochelle).

M. MABILLE. — Messieurs, la communication de M. Michau me paraît devoir fixer votre attention.

Je suis d'autant mieux fondé à venir l'affirmer que le plus grand nombre des analyses que M. Michau nous a apportées appartient à des malades que j'ai pu observer et que mes analyses personnelles m'ont amené à des résultats identiques.

Rien n'est plus fréquent que l'albuminurie légère chez les arthritiques.

Comme M. Michau nous l'a dit, la proportion d'acide urique atteint des proportions exagérées et en même temps on s'aperçoit que ces urines contiennent de l'albumine, non une albuminurie passagère, mais une albuminurie qu'on pourrait appeler persistante. Ce serait là ce qui pourrait en imposer pour ce qu'on a appelé les albuminuries physiologiques.

Or, tous ces albuminuriques légers, chez lesquels il est impossible à l'œil le plus exercé de rencontrer la moindre trace de cylindres soit hyalins, soit graisseux, déchargent chaque jour de l'acide urique en quantité relativement considérable.

Ces albumines sont d'une nature spéciale et leurs caractères se rapprochent, en effet, des albuminuries ayant les caractères des sérines.

Cela résulte des recherches de M. Michau.

L'acide urique dont le sang est surchargé paraît élever la pression sanguine; on pourrait peut-être ajouter qu'il doit être un obstacle à la filtration rénale.

Quoiqu'il en soit, on ne s'étonnera guère de rencontrer chez cette catégorie de personnes les troubles suivants :

Ils sont envahis par une tristesse extrême, n'ont plus de volonté, le moindre bruit les tourmente, tout leur répugne, ils sont plongés dans une mélancolie qu'ils analysent avec la plus grande perfection, déclarent ne plus pouvoir travailler, ne plus pouvoir se distraire: ils arrivent même parfois à avoir horreur de la vie.

Mais c'est surtout le matin, au moment où ils se lèvent, que leur apparaît cette tristesse invincible ; ils sont comme courbaturés, leurs jambes ne peuvent plus les porter, ils ont une sensation de vertige et se déclarent incapables de faire quoi que ce soit.

Dans la journée, au contraire, ces états de tristesse et d'affaissement physique et moral disparaissent pour reparaître à nouveau surtout au moment du lever.

A ces troubles psychiques s'ajoutent souvent des démangeaisons, des hémorrhoïdes et des affections lichenoïdes ou eczémateuses.

Ces accès de mélancolie me paraissent d'une fréquence très grande et les personnes qui en sont atteintes répondent au type si bien décrit par M. le professeur Bouchard (Traité des maladies par ralentissement de la nutrition), lorsqu'il parle des dyscrasies qui accompagnent l'accumulation des acides.

Or, je le répète, tous ces mélancoliques qui ne sont en aucune façon des aliénés, sont tous atteints d'arthritisme ; ils ont un retard accentué dans la nutrition, déchargent fréquemment et périodiquement de l'acide urique en abondante quantité et chez presque tous il y a de l'albuminurie peu abondante, mais constante.

J'ajouterai que chez un grand nombre d'entre eux il faut tenir compte d'un élément important qu'on trouve à l'analyse des urines, c'est l'*indican*.

Dans un grand nombre de ces analyses, l'indican existe en proportion considérable. C'est évidemment l'indice de troubles digestifs et de fermentations intestinales spéciales (théorie de l'indol). En sorte que rien n'est plus fréquent que de trouver unie cette variété d'albumine, avec acide urique abondant avec la présence d'indican en forte proportion dans les urines.

On peut donc admettre un lien entre ces troubles de la nutrition, ces troubles de la digestion et les troubles mélancoliques dont j'ai parlé.

Car, si le rein filtre mal, ce que l'albuminurie légère semble démontrer, si, d'autre part, le tube digestif est l'occasion de fermenta-

tions anormales, on doit supposer à priori que certains produits toxiques doivent être retenus dans l'organisme. Or, l'on sait que si l'acide urique injecté n'est pas toxique, il n'en est pas de même d'une façon générale des matières colorantes de l'urine qui, pour beaucoup d'auteurs, sont douées d'une grande toxicité. L'acide urique par lui-même et cette albuminurie qui l'accompagne, viendraient révéler surtout le trouble des éliminations.

Ainsi, d'un côté, le taux de l'urée s'abaisse chez les personnes qui éliminent l'acide urique en plus grande abondance, de l'autre il y a albuminurie légère, et souvent aussi indicanurie. Or, souvent les arthritiques, comme le dit M. le Professeur Bouchard, sont des dilatés stomacaux dont le foie fonctionne naturellement mal et l'on connaît le rôle important du foie dans le produit de l'urée. En sorte qu'on pourrait prétendre, lorsqu'il y a indican en même temps qu'albumine qu'il s'agit là d'une albuminurie toxique.

La thérapeutique de ces accès de mélancolie me paraît prouver qu'ils'agit là , en réalité, de troubles toxiques, quel que soit l'agent qui puisse être incriminé.

Si, en effet, on soumet les personnes atteintes des troubles dont je viens de parler à un régime alimentaire approprié, on voit bientôt disparaître l'indican des urines , l'albuminurie diminue ainsi que l'acide urique.

Mais, en même temps, le facies s'éclaircit, les lourdeurs de tête disparaissent, les idées tristes font place à l'état psychologique normal.

J'ai dû, pour ma part, des succès réels à la méthode antiseptique appliquée contre ces accès de mélancolie, et j'ai l'habitude de me servir en outre du régime diététique, de cachets de salol et benzo-naphtol auxquels j'ajoute des frictions sur tout le corps, l'usage d'eau d'Evian ou de Royat-Saint-Mart additionnée de benzoate de lithine.

Je dois ajouter que l'hydrothérapie froide ne fait, la plupart du temps, qu'amener une recrudescence dans les symptômes psychiques; j'ai pris pour cela l'habitude de n'user de la douche froide chez cette catégorie de malades qu'avec la plus grande réserve et je remplace l'hydrothérapie froide par des douches tièdes de 1 minute à 2 minutes 1/2 de durée.

L'action néfaste de l'hydrothérapie froide chez les arthritiques mélancoliques me semble d'ailleurs devoir être relevée plus qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour et je terminerai cette courte communication en disant que lorsqu'on se trouvera en présence d'états mélanco-

liques revenant par accès, il sera bon de rechercher l'arthritisme, qu'on le rencontrera le plus souvent et que dans le groupe de malades à nutrition retardante qui éliminent périodiquement des quantités d'acide urique au-dessus de la normale, on retrouvera bien souvent une albuminurie légère et constante et de l'indicanurie, qu'un traitement approprié peut faire disparaître en améliorant simultanément l'état mental.

Ceci établi, je voudrais néanmoins ajouter quelques mots concernant la question générale des auto-intoxications dans les maladies mentales.

Je crois que pour bien apprécier la question des auto-intoxications, il convient de se livrer sur un même malade à des analyses journalières en les comparant au résultat fourni par les injections chez le lapin. Il est nécessaire, à mon avis, de prendre des malades types, par exemple des mélancoliques avec rémittences fréquentes.

On s'aperçoit alors que les urines varient en quantité, en qualité, suivant les périodes de la maladie, avant, pendant et après. Le résultat des injections est alors variable aussi. Le malade procède par décharges, comme nous avons essayé de le démontrer, le Dr Lallemant et moi, dans notre travail sur les folies diathésiques (voir nos observations B... et L...) et le résultat des injections est variable. Tantôt l'urine est hypotoxique, tantôt, au contraire, l'urine est hypertoxique. La période d'hypotoxicité précéderait généralement la rechûte, celle d'hypertoxicité, au contraire, précéderait la convalescence.

Comme pour les affections nerveuses (voir recherches récentes sur le tabes et l'arthritisme, l'hystérie, etc., in Arch. de neur.), on trouve généralement chez les ascendants de ces mélancoliques par accès ou chez le malade lui-même, ou chez les parents proches, des signes évidents d'arthritisme sous toutes ses formes. Il y a donc un lien entre les affections mentales et les affections arthritiques.

Mais, je crois, pour l'arthritisme comme pour l'affection mentale, à l'action primordiale du système nerveux qui préside aux échanges et aux mutations nutritives.

Il s'en suit que la plupart du temps, les auto-intoxications et leurs conséquences surviennent secondairement. Il serait difficile, je crois, de démontrer une action primitive.

Je crois aussi qu'on pourrait classer ainsi les diverses sortes d'auto-intoxications :

1° Les *auto-intoxications à la suite des pyrexies, des maladies infec-*

tieuses. Dans cette catégorie rentrerait peut-être le rhumatisme articulaire aigu, et il s'agit là d'une affection toxique secondaire, car les troubles observés, tels que zoopsie terrifiante ressemblent souvent à ceux de l'alcoolisme et se développent généralement chez des prédisposés.

2° Les *auto-intoxications survenant par troubles de la circulation* (affections du cœur en général) et particulièrement les troubles circulatoires de la mélancolie (stases, troubles hématosiques) qui sont naturellement (ces derniers) secondaires à l'affection mentale.

3° Les *auto-intoxications par troubles digestifs.* Dans ces cas, on peut noter comme je l'ai dit plus haut, de l'indican en assez forte quantité. Mais généralement, dans les analyses, on trouve d'autres éléments (hypoazoturie et oxalurie et quantité augmentée d'acide urique (1 gr. à 1 gr. 50 par jour) avec albuminurie légère).

Les troubles digestifs étant fréquents au début de la mélancolie, il ne me semble pas qu'il y ait là une action primitive sur l'état mental. S'il y a action sur l'état mental, elle est encore secondaire et consécutive à l'état de trouble cérébral. Du reste, la dilatation de l'estomac est une chose relativement rare dans les asiles.

Quant au foie, il n'est pas fréquent de trouver l'urobiline et la folie dite hépatique sur laquelle on vient d'insister récemment, serait peut-être une rareté pathologique.

Dans tous les cas, l'action du foie sur les variations de l'urée étant démontrée, il y a là un élément qui mérite de fixer l'attention des observateurs.

Mais la question se trouve toujours ramenée à ceci : Pourquoi trouve-t-on hypoazoturie, pourquoi acide urique, par périodes, par décharges ? Cela plaiderait pour une action nerveuse primitive.

4° Un 4e groupe me semble formé par les *auto-intoxications dans le diabète, la goutte, et toutes les affections du groupe arthritique.* C'est dans ce cadre qu'on rencontre le plus souvent les mélancolies *par accès (à forme rémittente).*

5° Il convient, à mon sens, d'isoler les auto-intoxications survenant à *l'occasion de lésions anatomiques bien déterminées* (lésions des reins, néphrite parenchymateuse, interstitielle.) C'est l'action de ces toxiques qui prête le plus à la démonstration (urémie lente.) C'est dans ce groupe que rentreraient les troubles myxœdémateux par lésions du corps thyroïde.

Mais, je déplorerais de voir donner le nom d'une folie spéciale à chaque trouble mental dérivant d'une lésion organique ou toxique.

D'autant mieux, que les mêmes troubles peuvent être occasionnés par des lésions différentes ; il serait donc à désirer qu'on parvînt à trouver, ce qui me paraît difficile, puisqu'on n'est pas même d'accord sur l'agent qui produit l'urémie, l'agent principal de l'auto-intoxication variant suivant la nature de l'affection organique et du trouble mental.

Quoiqu'il en soit de ces divisions un peu arbitraires peut-être, lorsque je me trouve en présence d'une mélancolie avec conscience, d'une mélancolie périodique ou revenant par accès, d'un état de confusion mentale, je recherche toujours si une cause toxique ne viendrait pas s'ajouter à l'élément mental primitif.

Je trouve souvent l'arthritisme avec ses manifestations diverses chez les ascendants ou chez le malade et ses dérivés, et j'agis dans ce sens. J'ai obtenu souvent, de cette façon, des résultats encourageants.

Une fois l'accès de mélancolie constitué, si les causes que je viens de dire viennent, soit primitivement ou secondairement s'ajouter au mal, je note, lors du retour de nouveaux accès toujours la même tendance aux mêmes troubles de la nutrition et j'essaye de les combattre et d'enrayer cette périodicité qu'il est alors, je crois, permis d'appeler diathésique, dans l'acception moderne du mot.

La question, malgré tout, reste encore un peu obscure ; mais elle est large et les observations de l'avenir pourront, sans doute, y jeter une vive lumière.

Mais ce serait, à mon sens, une faute pour l'aliénation mentale de se cantonner uniquement dans les troubles de l'innervation sans chercher si à côté de ces troubles si importants, il ne se trouve pas autre chose. Et c'est le cas de rappeler la phrase de Grasset qui termine notre travail (H. Mabille et E. Lallemant. Des folies diathésiques) : « Si on ne comprend pas les névroses sans voir leurs relations mutuelles, s'il est indispensable en neuropathologie de considérer la famille névropathique, il faut aller encore plus loin et compléter tout cela par la famille diathésique en dehors de laquelle on ne verra que des unités isolées, éparses, sans réalité vivante ».

ALBUMINURIE BRIGHTIQUE CHRONIQUE.

Aliénation mélancolico-hypocondriaque.

Par M. le Dr Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière.

J'ai été appelé plusieurs fois en consultation auprès d'un Monsieur, âgé de 55 ans, qui, dans le cours d'une albuminurie brightique grave (55 à 60 gr. d'albumine par 1,000 gr. d'urine), était atteint d'un délire mélancolico-hypocondriaque accompagné d'illusions et d'hallucinations. Pas d'hérédité.

Sous l'influence de ces phénomènes, il présentait en outre ceci de particulier, c'est qu'il ne se croyait pas chez lui, ne reconnaissait pas ses meubles, ses tableaux, et qu'il voulait toujours sortir de son appartement.

Il n'avait pas de fièvre ; son haleine était excessivement ammoniacale.

Cet état a duré un grand nombre de mois malgré un traitement à Vichy et une alimentation lactée.

Il a succombé à de l'œdème pulmonaire sans avoir cessé de délirer.

Aliénation mélancolico-hypocondriaque. Illusions et hallucinations.

J'ai observé les symptômes, absolument les mêmes, chez un Monsieur de 66 ans, qui était aussi brightique (75 gr. d'albumine par litre). Pas d'hérédité.

Ce Monsieur présentait, comme le précédent, comme symptôme particulier, de ne pas se reconnaître dans son appartement et de vouloir en sortir à tout instant.

Aliénation mentale mélancolico-hypocondriaque causée par une affection des voies digestives et du foie, donnant lieu à de l'auto-intoxication. Présence de l'indican dans l'urine. Guérison.

J'ai donné à plusieurs reprises mes avis à un de nos confrères dont la fille, âgée de 45 ans, était atteinte d'aliénation mentale mélanco-

lico-hypocondriaque avec idées de suicide, dont la cause consistait évidemment dans des troubles de nutrition variés et à une auto-intoxication par les voies digestives. Elle était atteinte depuis plusieurs mois de dyspepsie, de diarrhée fétide et bilieuse, de ballonnement du ventre, de nausées et vomissements bilieux.

Le foie débordait de 3 à 4 travers de doigt.

L'urine renfermait de l'indican.

La malade avait, par moment, des frissons et un peu d'hyperthermie.

Je pensai que les troubles mentaux tenaient à une auto-intoxication dans les voies digestives et atteintes de catarrhe et le foie congestionné, et je m'appuyai en particulier sur la présence, dans l'urine, de l'indican, qui est considérée par M. Gautier comme une matière excrémentitielle, absolument toxique lorsqu'elle circule dans l'économie.

Sa présence doit être considérée comme la conséquence d'un trouble profond de l'assimilation et de la nutrition.

J'instituai un traitement consistant en purgatifs légers, salins, répétés : en 991 gouttes d'alcoolature d'aconit par jour ; en pointes de feu sur la région hépatique et sous-costale droite, et en alimentation exclusive lactée.

Cette malade a guéri après 2 mois de traitement. Il n'y avait plus d'indican dans l'urine. Il n'y avait pas d'hérédité dans la famille.

QUELQUES OBSERVATIONS DE FOLIE BRIGHTIQUE

Par M. le Dr Cullerre,

médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon.

Quelques cas d'albuminurie observés récemment dans mon service m'engagent à apporter une modeste contribution à ce qu'on a appelé la folie brightique.

Le savant rapport de MM. Régis et Chevalier-Lavaure distingue deux sortes de folie brightique.

1° Le délire urémique ou urémie délirante aiguë.

2° La folie brightique proprement dite. Cette dernière, d'après nos savants confrères, n'aurait pas de forme spéciale et pourrait revêtir la plupart des types psychopathiques connus ; ce qui revient à dire, comme l'a fait M. Féré en 1885 à la Société médicale des Hôpitaux, à propos de la communication de M. Dieulafoy sur la folie brightique, et avec l'assentiment de ce dernier, qu'il n'y a pas, à proprement parler, de folie brightique, mais des cas de folie quelconque éclos chez des prédisposés à propos du mal de Bright.

Il y a pourtant des discordances dans l'interprétation des faits de folie brightique. C'est ainsi que, d'après M. Joffroy, et d'après de nombreux auteurs étrangers, la folie brightique se manifesterait par un ensemble symptomatique analogue à celui de l'alcoolisme chronique et même de la paralysie générale.

Cette forme clinique ne s'observe guère dans les asiles et n'exige, sans doute, que bien rarement, la séquestration. Je ne me souviens pas d'en avoir observé. En revanche, j'ai eu à traiter quelques cas de folie développée sous l'influence du brightisme, surtout depuis que mon attention a été attirée sur cette question par les diverses communications scientifiques auxquelles elle a donné lieu.

Obs. I. — B..., 27 ans, soldat réserviste au 93e de ligne, est conduit à l'Asile le 10 avril 1883, avec le certificat suivant : « atteint d'idiotie, affection intermittente qui s'est manifestée par de nombreuses attaques antérieures et qui met aujourd'hui cet homme dans l'impossibilité

d'être conservé dans un hôpital ordinaire. » Cette pièce est signée d'un agrégé du Val-de-Grâce.

Le certificat de 24 heures est ainsi conçu : « B... me paraît atteint de stupidité mélancolique, obtusion intellectuelle, inertie, affaiblissement physique considérable. »

Et j'inscrivais sur l'observation, à la date du 12 avril, c'est-à-dire le lendemain de ce certificat : « Stupidité sur la nature de laquelle il est difficile de se prononcer ; il semble qu'il y ait quelque chose de méningitique dans son cas ; œil vague largement ouvert, pupilles dilatées, mouvements lents, traits figés, teint blafard, il semble ne rien comprendre. Cependant, ce matin, on a tiré de lui quelques paroles sur son nom et son domicile. Anesthésie cutanée. Fonctions organiques régulières. »

La mère qui vient le voir quelques jours après nous apprend que c'est la troisième fois que son fils a la tête dérangée. La première fois il y a dix ans ; il avait, par conséquent, 17 ans ; les troubles durèrent six semaines. La deuxième fois, l'année dernière ; durée : un mois. Ces deux accès se sont présentés sous la forme maniaque avec agitation et accès de violence. L'accès actuel a débuté douze jours après son arrivée au régiment ; la mère l'attribue au chagrin qu'il a ressenti de la perte d'une somme de 50 francs qui lui a été volée. Elle prétend qu'il n'y a pas d'antécédents héréditaires et ne se prête pas à des investigations dans ce sens.

25 avril. — Certificat de quinzaine : « B..., atteint de stupeur mélancolique avec inertie, mutisme, absence complète d'initiative et d'activité, est dans le même état qu'au moment de son entrée. »

8 mai. — Sa figure exprime toujours l'idiotie et a quelque chose de cataleptique ; mais il est rétif, ne veut pas faire ce qu'on lui commande, ni manger, ni s'habiller, et devient agressif quand on prétend le faire obéir. Il vole le vin de ses camarades.

Les mois suivants on ne relève aucun symptôme nouveau.

Octobre. — Abruti complètement, ne parle pas, quelquefois fait des signes de croix, des génuflexions.

Avril 1884. — Bronchite avec accidents cataleptiformes et stupeur. Les autres mois, obtusion intellectuelle et apathie complète. Les fonctions organiques semblent normales, il se porte bien.

1885. — Le résumé des notes est : démence apathique.

1886. — Démence profonde, abrutissement complet.

1887. — Démence apathique, automatisme.

1888. — Démence, devient gâteux.

Mai 1889. — Le malade est pris d'accidents d'abord considérés comme étant de nature cataleptoïde, mais bientôt ils revêtent une forme comateuse, il est inerte dans son lit, les yeux fermés, les pupilles largement dilatées, les paupières animées de petites secousses convulsives ; pouls lent et irrégulier. Les urines, examinées pour la première fois, décèlent un précipité abondant d'albumine.

Au bout de quelques jours, le coma disparaît, le malade semble revenir à son état habituel, mais on constate de la bouffissure du visage et de l'œdème des membres inférieurs.

Juin. — L'infiltration fait des progrès ; accès dyspnéiques intermittents.

1er juillet. — Anasarque progressive, œdème pulmonaire avec dypsnée continue.

8 juillet. — Mort. L'autopsie n'a pu être faite.

Il me semble évident tout d'abord que malgré la constatation tardive du mal de Bright, cette affection n'en existait pas moins dès l'apparition de cet étrange accès de stupeur d'une durée de plus de six années et qui, dès le début, avait un faux air de méningite tuberculeuse. Avec un peu plus d'attention, le diagnostic eût pu être fait et cette encéphalopathie aurait pu être rattachée à sa vraie cause, l'urémie. Mon examen est resté incomplet et l'uniformité de l'état mental du malade l'a fait se perdre trop tôt dans le flot des chroniques et des incurables. Que celui de mes confrères d'Asiles qui n'a jamais commis le même péché me jette la première pierre.

Ce malade était bien un prédisposé à la folie, puisque, en l'espace de dix ans, il avait déjà éprouvé deux accès d'aliénation Il est à noter que ces accès avaient revêtu la forme maniaque agitée, c'est-à-dire une forme absolument opposée à l'accès né sous l'influence urémique. Et cependant ce dernier accès lui-même plongeait ses racines au sein de la prédisposition qui avait favorisé l'éclosion des deux autres ; la preuve en est dans les quelques signes de délire religieux relevés chez le malade (signes de croix, génuflexions observés en octobre 1883).

Ce qui paraît demeurer exclusivement à l'actif du mal de Bright et ce sur quoi je voudrais appeler l'attention, c'est cette stupeur apathique, cette physionomie démentielle, cette hébétude profonde et progressive de l'intelligence, observée chez ce malade.

Obs. II. — G..., femme B..., 52 ans, admise le 27 juillet 1892. Aucun renseignement précis sur ses antécédents héréditaires. Elle a eu trois enfants, deux filles en bonne santé et un fils mort à dix-huit

ans de méningite. La ménopause est établie depuis quatre ou cinq mois.

Il y a un mois, elle éprouva un violent chagrin à l'occasion de l'inconduite de l'une de ses filles. Elle se mit à se lamenter, à voir ses filles perdues de vice, tarées, montrées au doigt. Elle refusa de manger pendant plusieurs jours. Tous les matins, elle se levait avant le jour et se mettait à gémir : « Nous sommes perdus, nous n'avons plus d'argent, nous allons être misérables ; je suis ensorcelée... » Elle manifestait des idées de suicide ; elle disait de prendre une serpe et de lui couper le cou ; elle s'est jetée par une fenêtre et a essayé de se précipiter dans un puits.

Plusieurs fois elle a eu des *pertes de connaissance* avec *contractures généralisées.*

10 août. — Les premiers jours qui ont suivi son entrée, elle était dans un état d'excitation maniaque très intense avec délire panophobique. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'excitation maniaque s'est apaisée ; aujourd'hui, elle est calme, résignée, s'occupe à filer ; les idées mélancoliques ont reparu, elle raconte qu'elle doit beaucoup d'argent, que son ménage est vendu, que son mari est expulsé de chez lui, que sa famille est dispersée. Elle supplie qu'on ne la renvoie pas, car elle ne saurait où aller : et ses filles sont perdues, elle ne les retrouvera jamais, son mari est devenu innocent, il a perdu la tête. » La mémoire est très obstuse, elle ne peut donner aucun renseignement sur sa famille.

Au point de vue physique, on constate une pâleur jaunâtre des téguments, un léger œdème des membres inférieurs. L'appétit est assez bon ; l'urine contient une notable proportion d'albumine. Peu à peu cette malade est tombée dans une apathie et une indifférence complètes.

5 novembre. — Epanchement abondant dans la plèvre gauche guéri par la ponction aspiratrice ; elle ne manifeste plus aucune réaction délirante ; attitude triste, inerte, répond à peine quand on lui parle, et par monosyllabes : les traits s'infiltrent, l'œdème des membres inférieurs devient permanent.

Cet état se prolonge avec les mêmes caractères ; aujourd'hui, 25 juillet 1893, la malade garde le lit, inerte, immobile, dans une hébétude complète, infiltrée, n'ayant donné lieu depuis de longs mois à aucune remarque particulière, l'urémie ne se traduisant que par l'infiltration progressive et l'hébétude mentale.

Voilà un cas de mélancolie brightique ayant évolué avec une

grande rapidité. L'urémie se révèle par des accidents comateux, puis par un accès de délire toxique panophobique de courte durée, enfin, par une hébétude de plus en plus épaisse, masquant définitivement le fonds mélancolique né à l'occasion du brightisme, auquel il convient de joindre la ménopause et l'influence de chagrins domestiques.

Cette malade a succombé le 1er septembre 1893 aux progrès de l'hydropisie. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. III. — G..., 52 ans, est admis le 9 mai 1892, son père est mort à peu près au même âge, dans un accès de mélancolie. Quand la maladie de G... a commencé, il a fait cette remarque caractéristique : « Je suis perdu. Me voilà pris comme mon pauvre père. » Mère morte jeune d'une maladie indéterminée.

Les premiers symptômes datent de six mois. Sa femme en attribue le développement au chagrin qu'il éprouvait de se voir dans la misère et de ne pouvoir arriver à faire vivre ses dix enfants. Idées et tentatives de suicide ; il s'est jeté à l'eau et s'est précipité du haut de son grenier.

Il n'a jamais fait de grave maladie. Il y a vingt ans, il eut deux mois de neurasthénie avec faiblesse insurmontable, vomissements et impulsions conscientes à l'homicide surtout contre sa femme.

10 mai. — Homme émacié, ayant l'attitude des mélancoliques anxieux, poussant des gémissements et des plaintes incessantes. Refus presque complet d'aliments.

17 mai. — Il gémit constamment ; dit que ce sont les contrariétés, les chagrins qui lui ont troublé le cerveau. Il a grand regret de tout ce qu'il a fait. « J'en ai fait de toutes les manières, je me suis jeté à l'eau, j'ai voulu me tuer, c'est bien fini de moi. » Il mange un peu mieux, mais se plaint d'une hypéresthésie généralisée et de céphalalgies continuelles.

23 mai. — Dysenterie légère qui n'en jette pas moins le malade dans une profonde prostration.

2 septembre. — Malgré les reconstituants les plus énergiques, le malade est resté affaibli, valétudinaire, gémissant sans cesse, se plaignant continuellement du froid, malgré les chauds vêtements qu'on lui a donnés. Même délire d'indignité et d'humilité.

24 décembre. — Etat mental stationnaire ; toujours mélancolique, hypocondriaque, gémisseur. Le traitement par la morphine n'a pas été supporté, les moindres doses provoquent des vomissements.

18 janvier 1893. — Depuis quelques jours le malade a de l'œdème des jambes, de la face et surtout des paupières ; un peu de bronchite.

On examine les urines qui contiennent de l'albumine. Toujours hypocondriaque et gémisseur.

4 avril. — Les phénomènes urémiques ont disparu, sauf la sensation continuelle du froid. Mélancolie chronique, affaiblissement de l'intelligence et des sentiments affectifs; déprimé, hypocondriaque, indifférent désormais à sa famille pour laquelle il témoignait une affection des plus vives autrefois.

24 avril. — Emmené par sa famille.

Ce cas se rapproche du précédent par la forme des troubles intellectuels qui sont ceux de la mélancolie anxieuse simple. C'est un cas de mélancolie héréditaire aux âges correspondants. La cause déterminante invoquée ne me paraît pas sérieuse, la femme m'ayant avoué que la situation précaire du ménage avait existé de tout temps; je suis plutôt disposé à incriminer un état brightique latent et une sclérose commençante du rein. Dans cette affection mentale, en dehors de l'hébétude et des phénomènes démentiels ultimes, je ne vois rien qui puisse être attribué en propre à l'urémie qui s'est bornée au rôle d'agent provocateur.

Obs. IV. — P..., 60 ans, à la suite d'une influenza des plus graves, fut pris d'accidents multiples du côté des voies urinaires et en particulier d'une paralysie de la vessie, due sans doute à un processus scléreux à évolution progressive. Peu à peu se développe un accès de mélancolie à forme typique avec délire d'indignité, d'humilité, de ruine. « Il est ruiné, a tout perdu, ne pourra pas payer, il doit des sommes énormes qu'il ne pourrra rembourser. » Tentatives répétées de suicide par pendaison.

Admis le février 189 . Sénilité précoce, artério-sclérose; émaciation profonde; paralysie de la vessie; exigeant un catéthérisme bi-quotidien. Cette infirmité sert de texte à d'abondantes plaintes hypocondriaques. Urines légèrement albumineuses, non ammoniacales.

4 mars. — Crainte de châtiments, hypocondrie, agitation anxieuse presque continue.

15 mars. — Agité, halluciné, se croit condamné, ruiné, se plaint des dépenses qu'on fait pour lui et qu'il ne pourra payer; refuse partiellement les aliments. Traitement lacté un peu subordonné aux caprices du malade.

1er avril.— Aggravation de l'état mental. Hallucinations intenses de l'ouïe; croit entendre des gens qui lui reprochent toutes sortes d'indélicatesses.

10 avril. — Accidents comateux répétés, entrecoupés de périodes délirantes avec confusion complète des idées et hallucinations de l'ouïe d'un caractère pénible. Agité, ne veut pas rester au lit, répond à des interlocuteurs imaginaires, se défend, etc.

Succombe dans le coma le 16 avril.

Voilà encore une observation de mélancolie qui semble se développer concurremment avec la sclérose rénale. La seconde joue-t-elle vis-à-vis de la première le rôle de cause déterminante ? Il semble que l'infection grippale a engendré la maladie des reins qui, à son tour, a provoqué les troubles mélancoliques. Dans tous les cas, les dernières phases de la maladie mentale sont bien irrécusablement d'origine brightique ; il s'agit bien d'un délire toxique analogue au délire alcoolique et à celui des pyrexies. La prédisposition héréditaire n'est pas nulle dans ce cas, ainsi que j'ai pu m'en assurer, mais elle était peu marquée et le malade, sans les intoxications successives qu'il a supportées, y eût vraisemblablement échappé.

Obs. V. — R..., 51 ans, célibataire, admise le 8 février 1892, par transfèrement.

Certificat du médecin de l'établissement :

« Atteinte d'aliénation mentale caractérisée par de la débilité intellectuelle et par du délire mélancolique ayant débuté au temps de la ménopause. La fille R... a des craintes chimériques et des scrupules religieux, elle croit qu'on la recherche pour le mariage, elle est souvent en proie à des terreurs vives que lui procurent des hallucinations, enfin elle commet des erreurs sur les personnes et prend des gens de l'établissement pour des membres de sa famille. — Un frère a été traité à l'Asile de la Roche-sur-Yon. Elle est dans le cas d'être maintenue dans un asile d'aliénés par mesure d'ordre public, et elle peut être transférée. »

10 février. — Fille maigre, jaune, ridée, loquace, racontant abondamment et d'un air mystérieux qu'elle a été soumise à des poursuites déshonnêtes par les jeunes gens de son pays. Ils la suivaient partout; la nuit ils assaillaient sa maison et elle entendait ensuite les gens la mépriser, l'accuser de mauvaises mœurs. Il semble qu'il y ait déjà quelque temps que ce délire a éclaté. Ménopause définitive depuis l'âge de 44 ans. Pas de maladies graves, sauf une pneumonie à l'âge de 34 ans ; pas d'autres renseignements.

27 août 1892. — Affaiblissement de l'intelligence avec un délire de persécution de nature érotique et quelques hallucinations de l'ouïe. Elle croit être demandée en mariage par des jeunes gens de son pays.

Se plaint d'être accusée de mauvaises mœurs en raison de ces poursuites amoureuses dont elle se croit l'objet. Entend des propos érotiques et hostiles à son égard. Reconnaît dans diverses personnes de l'établissement des gens qu'elle a autrefois connus. A eu il y a six jours une petite attaque apoplectiforme qui a été suivie d'une parésie du côté gauche et surtout de la face. Abaissement de la commissure labiale, déviation de la langue et empâtement de la parole ; flaccidité de la joue. Aujourd'hui la motilité est revenue presque complète, l'hémiparésie de la face subsiste seule à un léger degré.

20 décembre 1892. — Cette malade est prise depuis quelques jours de fièvre, avec sécheresse de la langue, faiblesse générale, anorexie. Un peu de bronchite avec légère dyspnée. Ventre normal, pas de diarrhée. L'urine examinée contient de l'albumine.

Février 1893. — Convalescente, mais très faible ; a de l'œdème des jambes et parfois des paupières.

Juillet 1893. — Toujours valétudinaire, les jambes œdématiées, la face blafarde et parfois infiltrée ; urines albumineuses ; se plaint d'être sans forces, de perdre l'appétit ; parle beaucoup moins de son délire, semble uniquement préoccupée de l'état de sa santé.

Il ne s'agit plus, chez cette fille, de mélancolie, mais d'un délire systématisé avec affaiblissement de l'intelligence préparé par la sclérose des vaisseaux cérébraux et l'hérédité.

Il n'est pas démontré à la vérité, que le mal de Bright dont elle est actuellement atteinte soit plus ancien que les troubles intellectuels ; ce qui, pourtant, permettrait de le supposer, ce sont les crises panophobiques signalées au moment de sa séquestration, élément psychopathique habituellement étranger au délire systématisé quand il n'est pas né sous l'influence d'une intoxication. Quoi qu'il en soit, les progrès de l'affection rénale n'ont pas été sans retentir sur l'état psychique et nous voyons cette hébétude, cette démence progressive déjà plusieurs fois signalée dans les observations précédentes, s'installer à demeure chez la malade et voiler en quelque sorte le délire. Ce dernier ne se manifeste plus que quand on en provoque le réveil ; bientôt, sans doute, il disparaîtra lui-même devant les progrès de la démence.

J'insiste particulièrement sur ce dernier phénomène. Je l'ai vu invariablement se produire chez les aliénés chroniques pris d'albuminurie. Chez eux l'hébétude mentale suit les progrès de la lésion rénale et ils meurent dans le coma, non dans le délire urémique.

Cette malade a succombé le 10 octobre 1893, aux suites d'une

tuberculose généralisée à marche rapide. A l'autopsie : Tuberculose avancée des poumons; tuberculoses miliaires du péritoine et de l'intestin. — Foie graisseux et granuleux. — Reins graisseux, congestionnés avec atrophie de la substance corticale surtout marquée au rein droit moins volumineux que le gauche. — Cerveau ne présentant aucune trace de lésion en foyer ; artères de la base épaissies et scléreuses sans dépôts calcaires ; léger épanchement séreux des méninges.

Ces quelques observations tendent à démontrer, en somme, que la folie brightique n'est pas rare dans les asiles d'aliénés ; qu'elle peut revêtir une forme quelconque, mais particulièrement la mélancolie et qu'elle se développe, en général, sur un terrain préparé par l'hérédité.

LES SIGNES CLINIQUES DES FOLIES PAR AUTO-INTOXICATION.

Confusion mentale, délire hallucinatoire, délire aigu. Connexion de ces trois syndromes entre eux et leurs rapports avec les états toxiques en général.

Par M. le Dr Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

L'histoire des auto-intoxications date d'hier. Elle puise ses origines dans la connaissance de plus en plus exacte des désordres de la nutrition, renforcée par les découvertes de la microbiologie. On sait qu'elle fut en France surtout, l'œuvre de Bouchard et de son école. L'idée que l'homme pouvait s'intoxiquer, soit parce qu'il conserve des poisons que les émonctoires devenus insuffisants n'éliminent plus, soit parce qu'il héberge des parasites à sécrétions toxiques, qui trouvant, à un moment donné, l'organisme sans défense, l'envahissent et deviennent pathogènes, ou bien, profitant d'un état morbide préexistant, viennent le compliquer et modifier le tableau symptomatique. Cette idée a jeté un jour lumineux sur des pages jusque-là très obscures de la pathologie ordinaire. Il était indiqué de l'appliquer à la pathologie mentale dont les connexions avec la pathologie ordinaire sont de plus en plus manifestes.

Depuis longtemps déjà, on avait pressenti que certaines formes de la folie, les formes aiguës en particulier, avaient un retentissement sur les fonctions générales, et que réciproquement il y avait des relations entre certains désordres fonctionnels et certains troubles cérébraux. L'histoire de la question poursuit en réalité trois phases :

Dans une première phase, phase d'observation, les manigraphes notent soigneusement tous les symptômes qui accompagnent l'évolution des maladies mentales. En outre des symptômes d'ordre purement nerveux (moteurs, sensitifs, etc.), on remarque que dans certaines formes mentales, notamment la manie, la mélancolie, la stupeur, la démence, existent des troubles digestifs. On note la langue saburrale, l'haleine fétide, les éructations, les digestions difficiles, les diarrhées, les selles fétides, la constipation opiniâtre, la sécheresse de la peau, la dénutrition, quelquefois la fièvre, les modifications quantitatives

et qualitatives de l'urine, etc. Jusque-là on semble placer ces symptômes de préférence sous la dépendance de la psychose. Mais le rapport de cause à effet dans un sens ou dans l'autre n'est guère apprécié à la vérité.

Plus tard, on analyse les humeurs et les excreta des aliénés. On cherche un rapport plus intime entre les symptômes accessoires et la maladie mentale observée. On remarque en particulier, que chez les mélancoliques, les troubles digestifs, tout en paraissant être tout d'abord, sous la dépendance de la psychonévrose, pourraient bien à leur tour réagir sur cette dernière et devenir une des causes de son entretien. Il y avait là une sorte de cercle vicieux grâce auquel les troubles digestifs seraient, à la fois, cause et effet du mal.

Peu à peu, c'est la troisième phase, déjà avancée pour la pathologie ordinaire, à peine ébauchée par la psychiative, la doctrine des auto-intoxications se constitue. On évalue scientifiquement la toxicité urinaire, celles des matières fécales, on apprend à connaître l'action toxique des sécrétions microbiennes, on connaît aussi le rôle des associations microbiennes dans les maladies et l'on possède la clé de complications jusque-là mal expliquées. L'idée qu'une affection mentale ou qu'un simple trouble psychique peuvent alors être fonctions d'un empoisonnement de l'organisme, commence à se faire jour. On sait que le tube digestif, habité par des microbes, est par leur fait un laboratoire de fermentations multiples, un réservoir de produits qui, absorbés, produisent une toxémie possédant une symptomatologie spéciale. On apprend enfin que ces intoxications s'accompagnent souvent de désordres cérébraux et nerveux très variés, que, par exemple, l'anémie, la neurasthénie des dilatés et des constipés, les délires fébriles, et en général les délires des maladies aiguës, le délire d'inanition, le délire d'épuisement, etc., n'ont pas d'autre origine qu'un empoisonnement de l'organisme dont la source est très souvent l'organisme lui-même.

Il est certain que cette façon neuve d'envisager les choses, à savoir que, dans telle maladie mentale déterminée, le cerveau peut n'avoir pas été primitivement en cause, mais que la maladie peut n'être qu'un syndrome faisant partie d'un processus morbide général. Cette façon de concevoir certains problèmes de psychiatrie est appelée à élucider bien des questions encore confuses, en ce qui concerne surtout les formes aiguës. Les terminologies nombreuses relatives à ces formes font foi de l'obscurité dans laquelle elles sont encore plongées. La connaissance des auto-intoxications dans leurs rapports avec les

affections mentales ouvre forcément dans les classifications un nouveau chapitre dont les limites sont à déterminer.

Envisagées dans leur ensemble, les auto-intoxications jouent tantôt un rôle primitif, tantôt un rôle secondaire. Dans le premier cas, elles sont la cause première, *sine quâ non*, de l'affection mentale ; dans l'autre, elles ne sont qu'une complication, tantôt habituelle, c'est-à-dire faisant partie du cortège des symptômes prévus de la maladie, tantôt éventuelle, c'est-à-dire favorisée dans son éclosion par la psychose dont l'origine reste primitivement cérébrale. Mais primitives ou secondaires, et c'est là un fait capital qui justifie pleinement leur isolement clinique, les auto-intoxications se font remarquer par un ensemble de caractères absolument pathognomoniques. Si elles sont secondaires, elles impriment à la psychose un cachet nouveau, parfaitement stéréotypé, qui la modifie dans ses apparences symptomatiques et dans sa marche, et ces caractères nouveaux sont précisément les mêmes que ceux observés quand la psychose toxique est primitive. Sans préjuger des caractères cliniques qui seront plus tard, après étude complète, assignés aux folies par auto-intoxications, on peut dire d'ores et déjà qu'ils reproduisent ceux qu'on a coutume de reconnaître à la généralité des délires toxiques tels que le délire alcoolique que l'on peut considérer comme le type du genre.

Avant d'établir quelques données dans ce sens, je rapporterai l'observation suivante dans laquelle l'état mental observé a été lié indubitablement à des phénomènes d'auto-intoxication.

OBSERVATION.

(*Abrégée et réduite à ses parties capitales.*)

Mme M..., âgée de 40 ans, est entrée à l'asile de Ville-Avrard le 28 janvier 1893. Femme d'intelligence normalement développée, d'une douceur extrême, de caractère timide et impressionnable. Ses *antécédents héréditaires* sont très lourdement chargés. Elle compte plusieurs aliénés dans ses ascendants directs.

Vers le milieu de décembre 1892, on la voit tout à coup devenir triste et préoccupée. Habituellement indifférente aux pratiques religieuses, bien qu'ayant reçu une éducation véritablement mystique, elle se livre maintenant à des pratiques de dévotion, fait des aumônes, fréquente l'église, se confesse exagérément, etc. Son existence, en un mot, se transforme complètement. Parfois sa physionomie s'illumine

comme si elle était transfigurée ; d'autres fois elle est triste, pense à ses fautes passées, se reproche de n'avoir pas toujours fait ses devoirs religieux, elle craint d'être damnée si elle ne répare pas le temps perdu. Son esprit impressionnable subit visiblement l'ascendant d'un prêtre sans doute trop rigoureux.

C'est sur ce fond mélancolique et mystique que vont se dérouler les phénomènes aigus dont je parlerai plus loin. Ce fond n'est évidemment que l'indice révélateur d'une prédisposition héréditaire, mise en éveil sans doute par quelques influences accessoires. Une solitude exagérée, substituée tout à coup à l'existence active des affaires semble avoir en outre préparé le terrain.

A l'époque où apparaissent les troubles du caractère, Mme M... qui, de tout temps, avait été constipée, l'est devenue davantage. Elle perd l'appétit et l'on constate l'existence d'un embarras gastrique tenace. Les nuits deviennent mauvaises, s'accompagnent de rêves pénibles. Au bout de quelque temps de cet état, survient une agitation continuelle, au milieu de laquelle apparaissent, surtout le soir et dans la nuit, des hallucinations de la vue et de l'ouïe. La malade s'éveille en sursaut, prise de frayeur ; elle s'esquive, erre de tous côtés, elle croit entendre des bruits de toutes sortes, des sons de cloche ; elle voit des flammes. D'autres fois ses hallucinations s'harmonisent avec le fond mystique du début. Elle voit la Vierge ; elle s'entend reprocher ses fautes. A partir de ce moment, elle vit dans un état d'éréthisme nerveux continuel ; elle va et vient en tous sens et ne reprend plus possession d'elle-même. Tout à fait égarée, elle est le jouet d'hallucinations multiples qui tiennent la scène d'une façon prédominante et dont l'intensité empêche véritablement les conceptions délirantes de s'organiser.

C'est dans cette situation mentale que je la vis en ville au commencement de janvier 1893. Les symptômes gastriques persistent ; la langue sale, l'haleine fétide, l'inappétence complète, l'insomnie continuelle. Le pouls est fréquent et la peau chaude. Cette situation s'aggrave de jour en jour et la malade est séquestrée le 28 janvier.

Elle arrive dans un état d'agitation désordonnée avec délire incohérent sur le terme mystique et mélancolique, hallucinations intenses de la vue et de l'ouïe. Dans ses monologues incessants, elle semble répondre à des voix. Elle rit et pleure alternativement, elle est souvent prise de frayeur à la vue de flammes, de cercueils, de morts.

Toute la scène est dominée par deux faits :

1° Des hallucinations multiples, changeant continuellement, occu-

pant sans désemparer l'attention de la malade, et la maintenant dans un état permanent de veille.

2° Un état de confusion absolue des idées. La malade a l'air hagard, étonnée. Lorsqu'elle est plus tranquille et moins hallucinée, elle ne peut coudre deux idées ; elle ignore où elle se trouve ; elle cherche sa pensée qui la fuit, ne se rend compte de rien, ne se préoccupe plus de ses besoins ; ses souvenirs sont absents. Elle vit comme dans un rêve qui se transforme en cauchemar quand surviennent les raptus hallucinatoires.

En même temps, il y a de la fièvre. La température dépasse 40° ; la langue est sèche, le pouls fréquent et dépressible ; la peau chaude et sèche ; le visage animé. A partir de ce moment, la courbe thermique nous fait assister au développement d'une véritable pyrexie de longue durée. Il serait fastidieux d'indiquer ici, jour par jour, les températures relevées. Je résumerai les enseignements fournis par la courbe dans mes réflexions qui suivront l'observation.

Le *30 janvier*. La langue est plus humide, mais couverte d'un enduit épais, brunâtre, l'haleine est fétide, les évacuations sont rares ; peau sèche, chaude, pouls petit. Le délire hallucinatoire bat son plein et la confusion mentale est absolue. Au lieu de s'exprimer avec volubilité et incohérence à la façon du maniaque, la malade, toujours agitée, ne fait entendre que des marmottements confus, dépourvus de sens. Les hallucinations visuelles prédominent ; elles ont toujours un cachet pénible et mystique ; il s'y joint des préoccupations démonomaniaques.

2 février. Malade plus calme, mais toujours hallucinée et fébricitante. Ses yeux restent fixés sur la muraille où elle voit des objets se déplacer et où se projettent diverses images fantastiques. L'égarement est complet. La malade semble bien écouter les questions, essaie souvent d'y répondre, mais elle relie mal ses pensées, ses souvenirs la fuient ; elle ne comprend pas.

Du *3 au 9 février*, même situation, à cela près que l'agitation désordonnée a décru légèrement. Persistance des symptômes de catarrhe gastro-intestinal.

9 février. Langue très sèche, comme rôtie et disquamée. Alimentation difficile. Pouls plein, fréquent. Constipation opiniâtre. De temps en temps on note quelques lueurs très fugitives de lucidité pendant lesquelles la malade se rend compte de son état, mais elle reprend vite son verbiage monotone et incohérent, entrecoupé d'hallucinations pénibles, qui constituent une sorte d'état subcontinu

de cauchemar. Les hallucinations visuelles ont un cachet très net de mobilité ; la malade voit des têtes qui remuent dans son breuvage ; des ombres passent le long de la muraille, elle cherche à s'en saisir ; elle est prise de frayeur à la vue du diable et cherche à se frapper la tête contre les murs.

19 février. Une petite détente s'opère qui coïncide avec un retour de la température vers la normale, bien que les désordres gastro-intestinaux persistent avec la même gravité. La malade se rend vaguement compte de sa situation et mange un peu spontanément.

Il lui semble qu'elle sort d'un rêve, et s'occupe avec intérêt de ce qui se passe autour d'elle, fait des remarques judicieuses, mais déclare avoir perdu toute notion du temps. « Il me semble vaguement, dit-elle, que je me rappelle la soirée du mardi gras, mais c'est très confus. » (Cette soirée avait eu lieu l'avant veille ; elle s'y était montrée très égarée). « Je crois voir des diables partout, mais je sais bien que c'est une erreur. »

Elle regarde étonnée autour d'elle comme une personne qui s'éveille et qui voit pour la première fois tout ce qui l'entoure. Elle pose des questions comme l'enfant qui apprend. C'est littéralement la sortie d'un long rêve avec souvenirs très confus.

Du *20 au 27*, l'agitation et le délire hallucinatoire ont repris leur cours ; la température tend à remonter. La malade aperçoit des têtes dans tout ce qu'on lui présente. Ses réactions se résument dans une agitation désordonnée, elle défait et refait son lit, croyant y voir une personne cachée ; elle arrache ses couvertures et ses vêtements. L'insomnie continuelle ne cède à aucun hypnotique.

Ses propos ne sont qu'une suite de bredouillements rapides et confus de phrases commencées et jamais finies. On y relève les mots : mon mari, mon oncle, petit Louis, je garde mon honneur, ô horreur ! quelle infamie ! indiquent bien la tournure généralement pénible de ses préoccupations.

La langue est toujours saburrale et l'haleine fétide.

27 février. Agitation plus intense encore ; les hallucinations incessantes ne laissent à la malade aucun instant de répit. Elle entend des voix qui l'appellent, se sauve par l'escalier pour y répondre. Elle voit le diable dans une tasse de lait, refuse de la boire, s'écriant : « Ça bouge, ça bouge, c'est le diable. »

28 février. Journée assez calme, mais le soir les hallucinations terrifiantes redoublent. C'est un fait constant, d'ailleurs, dans le cours de cette histoire. En dehors des périodes de grande agitation,

où la situation est restée sensiblement la même de jour et de nuit, l'agitation et le délire hallucinatoire se sont montrés de préférence à l'approche de la nuit et pendant la nuit.

Jusqu'au *4 mars*, même état, même forme de délire. « Je bois aux couronnes, dit-elle, à un ange gardien qui est aux cieux et qui ne ressemble pas à ceux de la terre. Je change de place pour boire au-dessus de la tête de ma mère. Je veux manger du pain sec pour faire pénitence pour elle et pour tout le monde, etc. »

A partir du 4 mars, nouvelle ascension thermique : la courbe atteindra son fastogium le 8, à 40°, s'y maintiendra plusieurs jours, et redescendra progressivement jusqu'au 15. Pendant tout ce temps, phénomènes aigus, confusion mentale, délire hallucinatoire et agitations battent leur plein.

Le *7 mars*, elle refuse de manger pensant qu'on va l'empoisonner. Idée fugue qui ne s'est jamais reproduite.

Le *8*, elle se lamente, fait des gestes de désespoir ; son attitude exprime une douleur morale intense, elle gémit, demande pardon, de grosses larmes coulent sur ses joues, elle veut être traitée humainement, attend la mort, n'a plus que quelques jours à vivre.

Le *10 mars*, la température dépasse 40° ; confusion mentale absolue ; la malade n'a plus conscience de rien, monologue avec persistance, elle a des gestes de colère et de révolte. Les hallucinations sont beaucoup moins vives et laissent le pas à la confusion.

Peau très chaude, pouls fréquent, langue toujours saburrale ; état inquiétant ; carphologie comme en plein délire aigu.

Le 11, malade plutôt affaissée, toujours confuse.

Le 13, la température a baissé ; délire hallucinatoire peu intense. Les idées délirantes, plus nettes et mieux formées, tournent toujours dans le même cercle ; elle a peur d'être violée, serre ses mains au niveau du bas-ventre, ou relève ses jupes, porte les mains à la vulve comme pour éviter une intromission en disant : « J'ai toujours été chaste. » Tout cela s'accompagne de gémissements, de larmes abondantes ; la malade semble souffrir cruellement. Elle crache autour d'elle ; marche les yeux clos, court en secouant son mouchoir comme pour en chasser des êtres invisibles. Ses propos indiquent, au cours de cette scène, l'idée d'une influence démoniaque. « Retire-toi, Satan, dit-elle. » Son visage fait des grimaces continuelles, elle souffle devant elle en repoussant de la main un être imaginaire, elle supplie et s'effraie, fait des efforts volontaires de vomissements. Pendant toute cette période la malade est visiblement le jouet d'hallucinations

affectant tous les sens, y compris la sensibilité générale. C'est une vraie bourrasque hallucinatoire. Il est impossible de tirer d'elle une réponse et de fixer son attention.

Du *15 au 25 mars*, même délire hallucinatoire.

24 mars. Les hallucinations toujours multiples et continuelles se dissimulent en partie sous l'excitation intense qu'elles font naître. Refus d'alimentation, non par système, mais parce que la malade ne peut trouver le temps de s'alimenter. L'alimentation à la sonde sera nécessaire pendant longtemps.

29 mars. Les températures fébriles touchent à leur fin depuis plusieurs jours. La courbe se termine dans les basses températures sans différence sensible entre le soir et le matin comme cela se passe dans beaucoup de pyrexies. Malgré cela, l'agitation et le désordre mental, ainsi que le catarrhe intestinal persistent. Il est pourtant à noter que si les hallucinations persistent aussi, celles de la vue ont presque disparu. Le délire n'a plus un caractère aussi franchement hallucinatoire que précédemment. Mais la confusion mentale reste la même.

30 mars. Troubles de la sensibilité générale : le contact des mains lui donne une sensation de brûlure. Visions de guillotine. Toute une scène d'enterrement se déroule devant ses yeux. Le délire est beaucoup plus franchement mélancolique ; les préoccupations démonomaniaques semblent avoir cessé.

L'état général a subi de fâcheuses atteintes : l'insomnie, l'insuffisance de l'alimentation, la fièvre, l'usure nerveuse se traduisent par un amaigrissement sensible. La température prise quotidiennement ne montre plus d'ascensions graves, ni durables, mais seulement des exacerbations de temps en temps, alternant avec de l'hypothermie. Les désordres gastro-intestinaux qui ont joué un rôle important jusqu'ici vont persister longtemps encore. Marqués de préférence jusqu'alors par de la constipation, ils se traduisent maintenant par des diarrhées fréquentes, qui marchent de pair avec des symptômes de cachexie.

Je prends au hasard dans nos notes quelques renseignements pour donner une idée de la marche des événements.

12 avril. Attitude constante de la résignation et de la souffrance, larmes, désespoir ; elle s'entend appeler quelquefois crapule, fille publique.

15 avril. Apparition le long des cuisses d'une érythème scarlatiniforme, sous forme de taches isolées, s'accumulant par places pour former de larges plaques rouges.

Le 16, les taches se sont propagées au tronc en arrière jusqu'à la région scapulaire. Elles disparaissent sous le doigt ; pas de démangeaisons, ni de fièvre.

Le 23. Amaigrissement progressif ; poids, 42 kilogr.; état cachectique, œdème péri-malléolaire, diarrhée. L'éruption scarlatiniforme persiste. Ce sont maintenant des plaques rugueuses au toucher, d'un rouge peu éclatant, desquamant finement. Troubles gastro-intestinaux persistants. Langue très saburrale, noirâtre. Ni albuminurie, ni glycosurie, mais phosphatinie sensible. Le chiffre quotidien dépasse 3 gr.

Agitation continuelle, délire incohérent, hallucinations avec confusion extrême dans les idées.

25 avril. Même état hallucinatoire. Elle voit des yeux blancs dans l'eau, dans le bouillon, parle par signes ; elle veut être habillée de blanc pour mourir parce qu'elle est enfant de Marie ; elle déclare qu'elle voit les objets tout bleus.

La température atteint presque 39°. Pertes blanches fétides, œdème persistant. Diarrhée verdâtre.

L'érythème est réduit à des plaques jaunâtres, recouvertes de fines squames. La peau, en ces points, est comme parcheminée.

28 avril. Même délire hallucinatoire. Elle croit qu'on l'accuse d'avoir trompé son mari ; elle voit des têtes, des jambes coupées, croit qu'on va la mettre en miettes.

4 mai. On l'outrage, on la viole, on lui fait tout craquer dans le dos ; elle croit qu'on lui crève les yeux, qu'on lui pique le cœur. Etat saburral persistant, diarrhée.

10 mai. Détente notable correspondant à un véritable épuisement. Le délire hallucinatoire a perdu son activité. Parfois la malade semble ne plus délirer. Dans ces moments, elle est comme égarée, fatiguée ; elle n'a plus de pensées ; on dirait un temps de repos que prend le cerveau. Si l'on interpelle la malade, elle met quelque temps à répondre ; il se fait un travail difficile avant qu'elle ait compris. Parfois elle revient après quelques instants sur une question posée tout à l'heure et y répond nettement. Elle se tient plus volontiers debout, comme figée sur place, sans mouvement, tenant son mouchoir à la main. Interrogée sur son mari, sur ses souvenirs, elle répond gracieusement qu'elle a dû être bien malade et qu'elle voudrait bien guérir.

Amaigrissement considérable. Haleine toujours fétide. Peau fraîche

mais rugueuse. L'éruption a presque disparu ; elle a une teinte cuivrée. Phosphaturie moindre.

13 mai. La détente est terminée. Le délire, à l'intensité près, a repris son cours. Il n'existe plus, à proprement parler, de terreurs panophobiques, de ces raptus hallucinatoires du début, mais le délire a toujours pour base exclusive des hallucinations variées et surtout extrêmement mobiles. La confusion mentale est extrême.

24 mai. Même état. Depuis un mois la malade a maigri de 5 kilogr. et demi. Troubles gastro-intestinaux permanents. Diarrhée fréquente.

31 mai. La langue est meilleure. Concurremment une détente s'opère dans le délire.

16 juin. La langue est redevenue saburrale peu de jours après, et simultanément le délire a repris son cours. Œdème des malléoles.

18 juin. Confusion mentale moindre, mais persistance des hallucinations.

19. Amélioration nouvelle. Pour la première fois depuis plusieurs mois la malade déclare qu'elle a faim et demande à manger. Sommeil régulier. Intelligence très lucide. Pas trace de délire intellectuel. Il ne reste qu'un léger égarement. Réponses précises, mais souvenirs très confus. La malade semble complètement revenue à son état normal. Même sa physionomie a changé ; sa voix n'a plus le même timbre ; elle a plus de soin de sa personne ; fait elle-même sa toilette.

20 juin. La nuit n'a pas été bonne. Il y a encore de nombreuses hallucinations. Ce matin le délire sensoriel a reparu quoique moins intense ; il laisse à la malade un peu de lucidité. « Ce n'est pas ma faute, dit-elle, je ne fais pas ce que je veux, je suis contrariante aujourd'hui, *je ne suis pas aussi bien qu'hier.* » Ces lueurs de demi lucidité avec observations topiques sont bien instructives, en ce qu'elles démontrent, par comparaison, l'état antérieur de confusion mentale, sur lequel j'ai tant insisté jusqu'ici.

L'état général se relève, la langue se nettoie, les jambes restent enflées ; c'est une sorte d'œdème blanc, mollasse, rappelant celui des cachectiques cardiaques ou cancéreux.

23 juin. L'amélioration ne s'est pas maintenue ; on a dû revenir à l'alimentation forcée. Avec l'état saburral, il y a quelques velléités de retour à la fièvre, l'agitation reparaît avec les hallucinations.

L'œdème augmente. Diarrhée. (1).

---

(1) Depuis le Congrès la malade a été très exactement suivie. A l'heure présente, 20 février 1894, elle n'est pas encore guérie. Son histoire peut se résumer en quelques mots. Peu à peu les symptômes généraux alarmants ont disparu.

Réflexions. Il est nécessaire de résumer cette longue observation pour en extraire la substance, poser un diagnostic, établir les phénomènes d'auto-intoxication, leur rôle et leurs rapports avec les divers aspects cliniques observés. Des troubles morbides ont été observés du côté psychique et du côté somatique.

Au point de vue mental, nous voyons la maladie débuter comme une psychose vulgaire à laquelle on peut appliquer telle dénomination que l'on voudra, suivant la doctrine psychiatrique à laquelle on se rattache ; le fait importe peu ici. Mais presque aussitôt la psychose change de caractère, autant dans ses apparences que dans son évolution, par l'appoint, à titre de complication, de phénomènes aigus graves.

Pour préciser, après une courte période de préoccupations délirantes, mélancoliques et surtout mystiques, qui ne sont, dans l'espèce, qu'une manifestation peu surprenante d'une prédisposition héréditaire, surgissent deux phénomènes : la *confusion mentale,* les *raptus hallucinatoires* auxquels se joignent épisodiquement des phénomènes de *délire aigu.*

Psychose proprement dite, confusion mentale, délire hallucinatoire, marchent de pair pendant presque toute la durée de la maladie, au moins pendant 7 à 8 mois. Les deux premiers mois se passent au

---

L'état gastro-intestinal s'est amendé d'une manière définitive. A l'amaigrissement a succédé un embonpoint presque exagéré, entretenu par un appétit vorace, satisfait d'ailleurs avec une certaine gloutonnerie. Le délire hallucinatoire a disparu concurremment. La malade a traversé alors une période véritablement démentielle. Très calme, elle était plongée dans une sorte de torpeur continuelle, évacuant sous elle nuit et jour, mangeant comme un animal, n'ayant plus aucun soin de sa personne. Il n'y avait plus trace de délire ; on pourrait même dire de pensées ; la malade vivait automatiquement. A cette phase de déchéance sérieuse qu'on aurait pu croire définitive a succédé depuis 3 mois environ, une période d'activité plus grande. La malade n'a plus l'aspect aussi bestial, elle ne gâte plus que très rarement. Au point de vue intellectuel, elle délire de nouveau, mais son délire qui ne se traduit que par quelques rares phrases ou monosyllabes dénote un affaiblissement certain de l'intelligence. Il reproduit les préoccupations mystiques du début, mais elles ont un caractère puéril. Peu ou pas d'hallucinations. Est-ce encore un état de confusion ? Pas absolument, bien que les conceptions manquent de netteté, mais c'est plutôt le cachet de l'affaiblissement psychique que de la confusion typique. Les réactions de la malade sont à peu près nulles ; sa physionomie, très mobile, exprime plutôt la béatitude et contraste avec l'aspect pénible et terrifié des premiers temps. Elle se tient habituellement debout, les yeux clos, pendant des heures entières, marmottant des mots sans apparence de suite, souriant, priant, tenant, sans jamais s'en servir, un mouchoir à la main. L'existence organique s'est régularisée ; l'appétit est bon et le sommeil parfait. La malade paraît finalement cantonnée dans un reliquat d'état aigu ancien, affectant les allures de la chronicité ; elle est vraisemblablement destinée à finir prochainement en démence.

milieu d'un état plus grave de beaucoup que celui des époques ultérieures ; c'est une période pendant laquelle la maladie peut mériter la qualification de délire aigu. Quelques mots seulement sur chacun de ces syndromes pour en bien préciser la valeur et les rapports.

La confusion mentale a été caractérisée par la perturbation complète du mécanisme psychique, par l'obscurcissement absolu de la conscience, par l'obtusion des facultés, faisant perdre à la malade toute notion vraie du temps ; de l'espace, de ses besoins, etc., et qui la prive de relation avec le monde environnant. Son langage est incohérent parce que les pensées elles mêmes sont confuses, nébuleuses, à peine dessinées. C'est une suite plus ou moins ininterrompue de monologues débités sans éclat ; la malade a l'air de se causer à elle-même, de regarder en dedans en quelque sorte, elle semble plus préoccupée de sa situation mentale et de ses créations chimériques que du monde extérieur. Si l'on fait abstraction du débit exagéré (encore ne l'est-il pas toujours et voit-on fréquemment de longues phases où la malade reste absorbée, égarée, silencieuse, comme stupide), on ne retrouve aucune idée nette, aucune formation précise, mais bien des lambeaux de délire mal liés, protéiformes, comme les hallucinations elles-mêmes qui engendrent en partie ce chaos intellectuel universel.

A l'inverse du maniaque, dont la formule « Tout au dehors » caractérise son expansivité, la formule de notre malade serait plutôt « Tout au dedans. » Il est rare qu'on puisse, même fugitivement, fixer son attention. C'est en vain qu'on chercherait à faire naître une idée en la provoquant par une assonance, par une interpellation brusque, par l'étalage d'objets, par l'émission de sons, etc. La malade a plutôt l'air de ne pas voir, de ne pas entendre, de sommeiller en rêvant à haute voix. Ses discours comme ses idées n'ont pas plus de cohésion ni de netteté que dans le rêve. Longtemps il faut la solliciter avant d'obtenir une réponse, parce qu'elle a perdu les moyens de diriger ses pensées, de les coordonner et d'y adapter une expression mimique et verbale. Dites au maniaque : Tirez la langue, il la tire démesurément, faites la même question au confus, il vous regarde sans vous comprendre ; longtemps après il hasarde sa langue entre les lèvres. Notre malade vit dans un monde de cauchemars. Si elle est agitée, maniaque apparemment, à cause de l'incohérence de ses propos et de ses actes, c'est que tantôt elle assiste à des scènes affreuses, tantôt à des scènes indifférentes ; c'est que ses rêves, ses fantasmagories sont très changeantes et très actives, en même temps

que mal appréciés, ses impressions sensorielles, très intenses, sont déformées et brutalement interprétées.

L'incohérence de son langage n'est plus une affaire de débit ; c'est celle d'une personne plongée dans un abîme de réflexions que l'on interromprait subitement. Elle exprime tout haut sa pensée au point de formation intérieure où elle se trouve ; elle répond au hasard sans avoir entendu ou compris la question. Enfin, la mémoire obscurcie la prive de l'aliment nécessaire à la confection des pensées qui restent figées, et exclusivement reliées aux acquisitions du moment. Bref, l'état de notre malade qui ne saurait mieux se caractériser que par l'expression de confusion dont je me suis servi après d'autres, répond à certains états décrits par nos vieux auteurs classiques sous les noms de stupidité, de démence aiguë, etc. Cet état de confusion, de rêve, est d'ailleurs nettement accusé par la malade elle-même, dans les courtes périodes de lucidité qu'elle a présentées ; elle a l'air de s'éveiller, de naître au monde ; elle n'a qu'un souvenir vague de ce qui s'est passé.

Les désordres *hallucinatoires* n'ont pas peu contribué, grâce à leur intensité, à donner à la maladie une physionomie spéciale. Ils ont joué un rôle prépondérant ; ils ont débuté avec la maladie et l'ont accompagnée sans interruption jusqu'à une époque tardive, ils ont constamment forcé l'attention de l'observateur.

Les hallucinations ont été :

1° *Multiples*, c'est-à-dire qu'elles ont affecté tous les sens, mais avec une prédilection marquée, celui de la vue.

2° *Rapides et variées*, c'est-à-dire qu'elles ont été changeantes, protéiformes, la malade assistait à un véritable défilé ininterrompu d'images caléidoscopiques. L'intensité dans les variations n'a pas toujours été la même ; mais, à certains moments, elle a été telle qu'on assistait à de véritables raptus hallucinatoires ; la malade était envahie, terrorisée, comme étourdie et sidérée par une myriade d'évocations sensorielles qui la tenaient haletante et la laissaient épuisée.

3° *Mobiles dans l'espace*. Cela dit, en ce qui concerne particulièrement les hallucinations visuelles, que la malade localisait fort bien et suivait dans leur déplacement.

4° *Vespérales et nocturnes*. Ce caractère n'est pas exclusif des hallucinations diurnes, mais l'exacerbation des phénomènes le soir et dans la nuit a été frappante.

5° *Terrifiantes,* ainsi qu'en font foi les réactions de la malade décrites dans l'observation.

L'énoncé de ces caractères a une importance capitale, car il est facile d'y retrouver une reproduction des caractères assignés en général aux hallucinations toxiques. C'est un point à retenir, car il militera singulièrement en faveur de l'interprétation que nous en donnerons.

La *psychose primitive* semble, en revanche, malgré son caractère protopathique, avoir joué un rôle effacé. A vrai dire, dès l'invasion des complications que j'ai mentionnées, elle s'est trouvée en quelque sorte désorganisée. En raison même du caractère clinique de la confusion mentale et du délire hallucinatoire, la psychose ne pouvant arriver à se constituer. Sa présence ne s'accuse que par la teinte spéciale qu'elle imprime aux troubles sensoriels. Elle reste, en définitive, le substratum de la maladie. On l'aperçoit poindre au travers de la confusion des idées. Elle se résume dans des conceptions mélancoliques, mystiques et démonomaniaques, conceptions qui, je le répète, n'ont entre elles aucune cohésion et n'offrent pas trace de système. J'admettrais, volontiers, que tous autres eussent été son aspect et sa destinée si des éléments morbides surajoutés ne fussent venus compliquer la situation.

Il me reste à mettre en relief la valeur des complications aiguës auxquelles j'ai appliqué tout à l'heure le qualificatif de délire aigu. Elles ont été caractérisées par l'exacerbation de tous les phénomènes morbides décrits jusqu'ici, c'est-à-dire par un état de confusion poussé jusqu'à l'obnubilation la plus complète et par un délire hallucinatoire constitué par une série quasi ininterrompue de raptus. En outre, la fièvre s'allume, l'agitation est à son comble, l'insomnie est continuelle ; il y a des symptômes rapides d'épuisement Du côté physique surviennent des signes d'une gravité exceptionnelle. On assiste au développement d'une véritable pyrexie qui fait craindre pour les jours de la malade.

Tels sont les points cardinaux de l'observation en ce qui concerne l'état mental. Précisons maintenant leurs rapports.

La psychose sert de base primitive à tout l'échafaudage morbide ; c'est elle qui a servi de prétexte aux trois autres syndromes qui se sont greffés sur elle. La confusion mentale et le délire hallucinatoire ont existé simultanément sans qu'il soit permis, cependant, de placer complètement la première dans la dépendance du second. A vrai dire, le délire hallucinatoire fut parfois si intense qu'il pouvait bien,

à lui seul, créer un état de confusion ; mais il n'a fait que le renforcer ; car, dans les périodes de calme relatif, alors que les hallucinations diminuaient d'intensité ou s'effaçaient presque, la confusion restait entière. Quant au délire aigu, il a été tout entier constitué par l'exagération de la maladie elle-même dont il n'était qu'un degré de gravité.

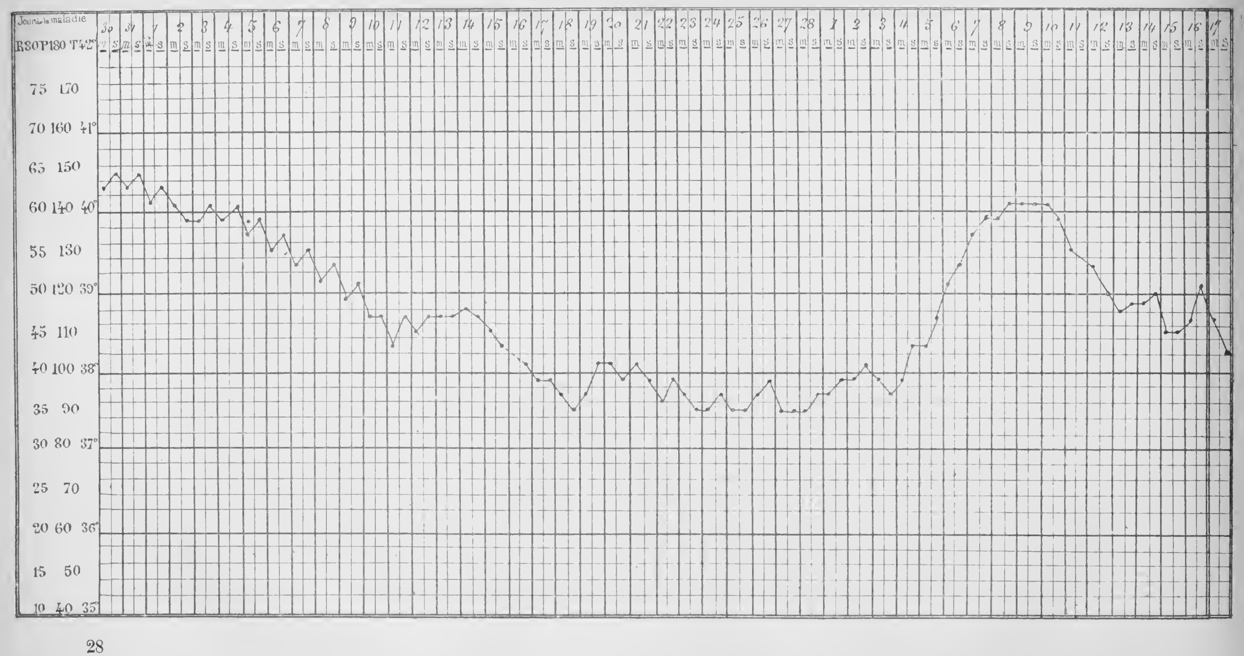
Par ordre d'importance clinique, la confusion mentale garde donc le premier rang. Les désordres hallucinatoires qui existent, en temps ordinaire, dans la psychose primitive, n'ont acquis leur intensité que grâce à la cause surajoutée qui créait en même temps la confusion mentale et dont l'exagération aboutissait au délire aigu.

Analysons maintenant les *troubles somatiques*. Dans leur ensemble, ils communiquent à la maladie un cachet nettement infectieux. Le syndrome capital réside dans ce catarrhe gastro-intestinal qui n'a pas cessé un seul jour pendant 6 à 7 mois. Il a été marqué par l'enduit saburral épais des premières voies, l'haleine fétide, la constipation au début, et la diarrhée presque continuelle plus tard.

Pendant la période d'extrême gravité qui s'étend depuis l'entrée jusqu'au milieu de mars (2 mois), la fièvre a été vive. L'examen de la courbe thermique (voir ci-joint) montre que la température oscille pendant les 15 premiers jours entre 38 et 40,5. Puis un état subfébrile dure jusqu'au 4 février ; après quoi la courbe remonte régulièrement jusqu'à 40. A ce second fastigium succède une défervescence en lysis. La maladie ne devient apyrétique qu'à partir du 20 mars. On remarque encore vers la fin d'avril et vers la fin de juin quelques ascensions thermiques. Le reste du temps la courbe évolue dans les températures normales, mais elle est tourmentée. En juin, on observe d'une façon presque continue des températures basses qui coïncident avec l'épuisement de la malade, avec une lenteur excessive des échanges nutritifs.

Dans la période fébrile, on note des symptômes graves : langue desséchée, pouls petit, fréquent, dépressible, carphologie ; sécheresse de la peau, véritables symptômes typhoïdes. Plus tard, c'est l'amaigrissement, les troubles trophiques de la peau, la phosphaturie, l'œdème, signes d'épuisement.

En résumé deux grandes périodes se succèdent. Elles sont indiquées par la courbe thermique. Une première, aiguë, fébrile, c'est la phase de délire aigu ; une seconde, apyrétique, gralucose, où l'on observe des symptômes physiques et intellectuels en rapport avec l'épuisement de la malade.



Jours de la maladie
R80 P180 T42°
75 170
70 160 41°
65 150
60 140 40°
55 130
50 120 39°
45 110
40 100 38°
35 90
30 80 37°
25 70
20 60 36°
15 50
10 40 35°

28

Il est temps de se demander à quelle maladie nous avons affaire : L'exposé qui précède fait voir que nous avons assisté pendant quelque temps au développement d'une véritable pyrexie, d'une maladie générale, c'est-à-dire n'affectant pas exclusivement l'organe cérébral, et de plus (c'est presque un pléonasme suivant les idées actuelles), d'une pyrexie de nature infectieuse.

Quelle a été son origine ? Examinée au point de vue exclusivement somatique, la maladie affecte le type des infections gastro-intestinales. Les signes de catarrhe des voies digestives n'ont cessé de prédominer du commencement à la fin. Le tube digestif paraît être la source non douteuse de l'empoisonnement, et les symptômes observés, à titre de complication, tant dans la sphère psychique que dans les autres territoires organiques, relèvent de l'auto-intoxication. Je n'en veux pour preuve que le parallélisme absolu qui n'a cessé d'exister entre l'infection intestinale et les troubles intellectuels. Avec le catarrhe le plus intense naissent les désordres graves qui ont été dénommés confusion mentale, délire hallucinatoire et délire aigu. Plus tard, ces derniers suivent les oscillations même de l'état digestif, s'aggravant avec lui, s'améliorant avec lui. Enfin les périodes de lucidité, rares à la vérité, qui ont coïncidé avec une détente dans les désordres gastro-intestinaux. Pendant ces moments, l'appétit revenait, la langue était humide et belle, la diarrhée cessait, l'alimentation était spontanée et régulière. La thérapeutique elle-même, dont je n'ai pas parlé pour ne pas allonger l'observation, a confirmé ma supposition. L'emploi systématique des désinfectants, le lavage de l'estomac ont visiblement contribué à améliorer l'état mental en débarrassant partiellement le tube digestif de ses éléments toxiques.

Le délire hallucinatoire, d'autre part, dont j'ai pris soin d'énumérer les caractères, rappelle, à n'en pas douter, ce que l'on sait des délires toxiques, et l'on peut en induire déjà qu'au point de vue de la symptomatologie cérébrale, les toxémies par auto-intoxication ne diffèrent pas des autres intoxications, constatation féconde au point de vue nosographique général.

Le diagnostic semble donc s'imposer et mon observation est un type d'auto-intoxication (d'origine probablement intestinale) à retentissement cérébral, retentissement favorisé par un terrain psychique spécial. On pourrait pousser plus loin l'interprétation et se demander, peut-être avec raison, si la psychose elle-même ne doit pas son apparition, toute réserve faite bien entendu, à l'égard de la prédisposition vésanique, à l'existence d'une infection gastro-intestinale ancienne,

dont nous n'aurions vu qu'une explosion suraiguë. Cette hypothèse est vraisemblable si l'on se souvient que la malade était une constipée d'habitude et que les signes du catarrhe gastro-intestinal intense sont très voisins du début de la psychose elle même. De sorte que l'infection serait à la fois cause déterminante de la vésanie et cause de l'appareil symptomatique spécial qu'il nous a été donné d'observer.

Il resterait à discuter la nature même de l'infection. Je ne puis, à cet égard, que hasarder des hypothèses, n'ayant pu faire en temps utile, des recherches bactériologiques. Cependant, étant donné l'importance de plus en plus grande que l'on tend à faire jouer au coli-bacille dans l'histoire des infections, j'ai pensé que cet organisme autochtone pourrait être rendu responsable des accidents. J'appuie mon hypothèse, faut-il l'ajouter, sur l'existence à titre prépondérant, des signes d'infection gastro-intestinale, qui semble, d'autre part, d'après l'observation clinique seule, avoir été le point de départ des autres désordres.

Etendant mon hypothèse, je pense que le même coli-bacille pourrait bien être l'origine des complications aiguës si fréquemment observées au cours des maladies mentales, pour peu qu'on observe de près. Rien n'est commun comme les troubles gastro intestinaux chez l'aliéné et le retentissement des auto-intoxications d'origine intestinale sur un cerveau déjà malade, expliquerait bien des complications. Ce n'est là qu'une hypothèse que je ne puis défendre encore scientifiquement. Je l'avance pour ce qu'elle vaut, pensant que des recherches dans ce sens pourraient être faites avec fruit ultérieurement.

Mon observation fait naître encore d'autres réflexions, en ce qui regarde la symptomatologie générale. J'ai employé constamment les trois expressions : confusion mentale, délire hallucinatoire et délire aigu. Je crois que mon observation, comme celles du même genre, est de nature à préciser de plus en plus la valeur clinique de ces termes, les rapports qui existent entre ces trois états morbides, ainsi que le lien qui peut éventuellement les rattacher à une intoxication.

La confusion mentale est une forme clinique bien déterminée. Peu connue à l'heure présente en France, par la plupart des psychiatres, bien qu'elle ait été étudiée autrefois dans notre pays, ainsi que le montre un récent travail de Chaslin, auquel je ne puis mieux faire que de renvoyer pour tout ce qui concerne la bibliographie, elle a été surtout approfondie en Allemagne où, depuis les travaux de Westphal (1876), les formes aiguës de la folie furent nettement séparées des formes chroniques. Ce n'est pas le lieu de discuter si, sous le nom de

confusion (Verwirrtheit), les Allemands ont dépeint toujours et dans les mêmes termes le même état morbide. Je tiens à établir seulement qu'il existe un état dit de confusion, à caractères spécifiques indéniables. Ce sont ceux qui ont été rappelés au cours des réflexions précédentes. Mon observation eût porté pour bien des auteurs la simple étiquette de confusion mentale. Cet état morbide peut se développer primitivement, ou n'être que dentéropathique comme dans mon cas. Mais, dans l'un et dans l'autre, les caractères cliniques sont les mêmes, et vraisemblablement l'étiologie est identique.

J'en dirai tout autant du délire hallucinatoire, locution qui, pas plus que celle de confusion mentale, n'a encore conquis droit de cité chez nous, mais qui, chez les Allemands, est depuis longtemps employée pour désigner ces délires à base essentiellement hallucinatoire dans lesquels l'hallucination est tout, c'est-à-dire protopathique, et le délire rien, c'est-à-dire secondaire. Bien que ce syndrome réponde à un tableau clinique parfaitement déterminé, sa valeur comme état primitif est plus discutable que celle de la confusion mentale. On le voit, en effet, survenir le plus souvent épisodiquement. Quoiqu'il en soit, si je reviens à mon observation, je retiens encore ce fait que bien des auteurs auraient pu lui appliquer l'étiquette de délire hallucinatoire.

Quant à la locution délire aigu, elle désigne chez nous, comme partout, tantôt un état morbide primitif aux contours bien délimités, tantôt un état secondaire consistant dans l'apparition au cours d'une cérébropathie ou d'une psychose, de phénomènes aigus graves avec fièvre, ataxo-adynamie, carphologie, complications souvent mortelles. Primitif ou secondaire, le délire aigu est le même cliniquement, et semble relever dans l'un et l'autre cas, de la même cause. Si j'en reviens encore à mon observation, il est certain que l'étiquette de délire aigu que je lui ai appliquée épisodiquement, est indiscutable.

Il est donc évident, qu'avec les données de la clinique actuelle, mon observation pouvait comporter un quadruple diagnostic, en joignant aux précédents celui de la psychose primordiale. D'où je conclus que confusion mentale, délire hallucinatoire et délire aigu sont des états susceptibles d'effectuer entre eux des conversions intimes, et qu'ils peuvent se réunir dans le même temps chez un même malade. Et, à un point de vue plus général, il est facile d'en induire que ces trois états sont souvent, pour ne pas dire toujours, l'expression d'une même cause, probablement toxique, comme c'est le cas dans mon observation.

Pour ce qui concerne d'ailleurs la confusion mentale et le délire hallucinatoire, je rappellerai qu'ils sont ordinairement décrits dans le même cadre par les auteurs. Les uns admettent une variété hallucinatoire de la confusion mentale (Orchanski) ; les autres soulignent la confusion extrême des idées qui accompagne le développement du délire hallucinatoire. Enfin, et cela est capital, dans presque tous les cas minutieusement décrits de confusion mentale ou de délire hallucinatoire, on relate soigneusement les complications somatiques ; elles y sont constantes, et l'acuité des phénomènes morbides est telle que tous les auteurs les rangent, sans hésiter, parmi les formes aiguës, voire même organiques, de la folie.

Je n'aurai guère maintenant à insister sur le délire aigu considéré comme état secondaire, épisodique, puisqu'il n'est, de par la clinique, que l'exacerbation des phénomènes précédents, ou mieux que l'exacerbation d'un état psychopathique préexistant, avec concomitance de confusion et de délire hallucinatoire. La forme primitive elle-même s'accompagne de ces deux ordres de troubles.

Je pense, en définitive, que ces trois états relèvent toujours d'une cause toxique, dont le rôle est plus ou moins saillant. Ils peuvent se greffer aussi sur un état d'épuisement cérébral qui en favorise singulièrement l'apparition. Enfin, je crois qu'ils sont tous trois réunis, en thèse générale, ou tout au moins représentés dans le tableau symptomatique d'ensemble.

Cette double cause, épuisement et affection, se trouve réunie plus fréquemment qu'on ne le croit, et la clinique journalière le démontre éloquemment, chez beaucoup d'aliénés, au moment de leur séquestration, particulièrement chez les aliénés des maisons de santé, où, pour des raisons multiples, on ne les séquestre qu'à la plus extrême limite, toujours trop tard, on peut le dire. Ces malades sont restés chez eux pendant longtemps, soumis à un traitement insuffisant et inexpérimenté. Dans ces cas, le délire intense de la psychose auquel se joint, en thèse générale, l'insomnie, l'insuffisance de l'alimentation, entraînent une désagrégation, une fatigue cérébrale rapide, et des complications aiguës graves, toujours d'ordre infectieux et le plus souvent d'origine gastro-intestinale, éclatent, trouvant le terrain bien préparé. Combien de malades arrivent alors avec de la fièvre, une température voisine de 40°, parfois de l'albuminurie et constamment des troubles gastriques. La langue est sèche, fuligineuse ; on observe un tressaillement spasmodique des muscles de la face, parfois des soubresauts tendineux. Le pouls est petit, fréquent ; il y a de

l'insuffisance cardiaque ; la peau est sèche, l'agitation est désordonnée, la voix cassée, le facies souvent grippé, le teint terreux.

Eh bien ! dans tous ces cas de complications aiguës, on voit surgir des désordres cérébraux secondaires tels que l'abrutissement, l'égarement, la confusion mentale, semblablement à ce qu'on observe ailleurs dans certaines formes de stupidité ou dans les délires dits fébriles, en même temps que le délire prend la forme hallucinatoire comme chez les intoxiqués.

Tous ces troubles secondaires sont plus ou moins graves, mais ils existent dans un grand nombre de cas. Le plus souvent ils s'amendent au bout de quelques jours ; la psychose poursuit alors son cours, mais, d'autres fois, des complications sont assez graves pour entraîner la mort. Leur liaison directe avec des troubles gastro-intestinaux, est un fait qui s'impose souvent et leur interprétation me paraît identique à celle que j'ai donnée du cas que j'ai rapporté.

Si j'essayais maintenant de tirer brièvement des conclusions de cette observation, les enseignements qu'elle comporte au point de vue de la symptomatologie des auto-intoxications, je n'aurais qu'à la résumer dans la triade syndromique sur laquelle j'ai insisté : Confusion mentale, délire hallucinatoire et complications aiguës. La valeur réciproque de ces trois syndromes n'est pas toujours la même ; tantôt l'un, tantôt l'autre prédomine, sans qu'il soit nécessaire de séparer les cas dans la description et de décrire des variétés infinies de psychoses par auto-intoxication : variété hallucinatoire, variété par confusion mentale, variété par délire aigu.

De même, la marche et la destinée des différents cas n'est pas uniforme. Il y aurait lieu de distinguer les cas primitifs et les cas secondaires. L'avenir dépend d'une part du substratum mental et surtout de l'intensité des phénomènes aigus, susceptibles d'entraîner, comme dans mon cas, une dénutrition considérable, un état d'épuisement parfois irrémédiable.

Pour terminer, je dirai que les folies par auto-intoxications constituent une entité clinique qui doit trouver sa place dans les classifications. Où les placer ? Il ressort de l'observation que les caractères des folies toxiques sont universels, que le poison soit l'alcool, ou qu'il soit une toxine sécrétée par un microbe, et absorbée par l'intestin. Le poison importe peu ; quel qu'il soit, en effet, dès qu'il atteint l'écorce cérébrale, il produit uniformément les mêmes désordres cérébraux. Les folies par auto-intoxication doivent donc rentrer dans le grand groupe des folies toxiques, dans lequel, on peut, suivant les

besoins, introduire tel sous-chapitre que l'on veut, s'il est nécessaire d'insister sur les variétés cliniques qu'elles présentent. Ce premier point semble acquis. L'observation ultérieure aura pour but précisément de fixer le nombre, l'importance de ces variétés et surtout, en précisant de plus en plus les caractères symptomatiques, de permettre de dissiper de la confusion qui règne encore sur bien des cas destinés, de par la clinique, au groupe des folies toxiques.

M. Colin. — M. le docteur Colin lit un travail sur les auto-intoxications en général. Ce travail ne nous étant pas encore parvenu, nous en reproduisons les conclusions telles qu'elles résultent des comptes-rendus des journaux de médecine.

(Note du Secrétaire Général.)

1° Il y a des malades qui s'auto-intoxiquent. Ce sont des malades à crises.

2° Pour ces recherches, on ne peut prendre en masse des groupes de malades aussi génériques et aussi étendus que les mélancoliques et les maniaques. Il y a, en effet, *des héréditaires* qui, sans la moindre auto-intoxication, ont des accès de manie ou de mélancolie, or, pour les auto-intoxiqués, il s'agit toujours de cas particuliers ;

3° L'examen chimique journalier des urines est indispensable. Il suffit, le plus souvent, à déceler la probabilité de l'auto-intoxication. L'examen de la toxicité est, après l'examen chimique, un élément important ;

4° Ces deux méthodes doivent d'ailleurs rester ce qu'elles sont, en réalité, un simple adjuvant de l'examen clinique.

A PROPOS

DES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES MENTALES.

Par M. le Dr Charpentier, médecin de l'hospice de Bicêtre.

Nous ne saurions trop féliciter les organisateurs du Congrès d'avoir inscrit, à l'ordre du jour de nos séances, les auto-intoxications dans les maladies mentales et nous nous empressons de rendre un sincère hommage à nos collègues MM. Régis et Chevallier-Lavaur, qui n'ont pas reculé devant l'immense et périlleux labeur que leur imposait le

dépouillement des documents variés et nombreux sur cette question. Leur rapport est le plus bel éloge de l'importance de la question choisie.

Il n'y a pas à le nier, admettre les auto-intoxications comme capables de produire des maladies mentales, c'est un retour en arrière, c'est un retour vers les vieilles théories humorales pendant si longtemps combattues, délaissées et presque discréditées ; mais un retour en arrière devient parfois un moyen prudent pour marcher en avant avec des armes plus solides. Pendant longtemps les doctrines de l'organicisme, les investigations histo-pathologiques, les succès de la pathologie cellulaire, les localisations médullaires et cérébrales d'une part, et d'une autre part les études embryogéniques, la morphologie cérébrale, la théorie de l'évolution, enfin la dissection psychologique de l'âme ou de l'entendement humain, venant en quelque sorte corroborer les travaux précédents, tout semblait s'être réuni dans l'assaut porté contre la pathologie humorale au point de vue cérébral; notre pathologie mentale paraissait devoir être résumée en quatre termes : localisations cérébrales, hérédité morbide, troubles de l'évolution et dégénérescence mentale ; c'est alors que surgirent les recherches nouvelles sur les organismes inférieurs, recherches qui devaient ressusciter sur un vrai terrain scientifique les conditions des maladies épidémiques, contagieuses et infectieuses, ainsi que les fermentations pathologiques, les humeurs morbides et les métastases en apportant des explications nouvelles en conformité avec la réalité des faits anciens et des faits récents. Les diathèses furent remises au jour et il ne reste plus qu'à les mettre au point.

Pour nous, aliénistes, le devoir qui nous incombe est de suivre ce mouvement qui est le vrai, et de rechercher, comme l'ont fait nos vaillants rapporteurs, les rapports des maladies mentales avec les auto-intoxications.

Cependant il convient de se mettre en garde contre certaines théories régnantes qui croyant avoir expliqué la genèse des maladies mentales seront disposées ou à rejeter ou à restreindre dans les limites les plus étroites l'importance des auto-intoxications dans la production de ces maladies.

Le jour où les rapports entre les auto-intoxications et les maladies mentales seront complètement élucidés, on verra combien faibles étaient la théorie de la folie héréditaire, la théorie de la dégénérescence mentale, les théories des dégénérés, théories qui ont encore la prétention de tout expliquer en pathologie mentale, non seulement

les symptômes quand ils existent, mais même leur absence quand ceux-ci n'existent pas.

Entre ces théories qui conduisent fatalement à avouer notre impuissance à lutter contre des résultats de causes séculaires, et la théorie des auto-intoxications mentales qui permet d'espérer de détruire les effets des toxiques sur le cerveau, soit en détruisant les agents toxiques, soit, ce qui me paraît plus raisonnable, en préservant les tissus cérébraux contre l'action de ces toxiques, nul doute ne restera entre ces théories, nulle hésitation ne se fera sentir dans la recherche et l'emploi des moyens. L'hygiène cérébrale, branche de l'hygiène générale, permettra de diminuer la fréquence de ces intoxications et en tout cas d'en réduire les effets ; l'éducation, branche de l'hygiène cérébrale, permettra d'abandonner les exagérations croissantes des doctrines de l'irresponsabilité et de réduire celle-ci à la démence seule. Ces exagérations de doctrine ne sont d'ailleurs que des conséquences fatales de celle de l'hérédité pathologique et de la dégénérescence mentale ; il y aura alors des pensionnats pour l'enfance et l'adolescence idiote ou imbécile, de vraies salles d'hospice pour les troubles mentaux relevant des intoxications et des maisons d'isolement ou de correction pour les adultes qui n'auront pas su ou qui n'auront pas voulu s'adapter aux lois hygiéniques de l'éducation cérébrale ; quant aux dégénérés on n'en parlera plus et, pour employer une expression consacrée, ce sera justice.

Ce sera aussi un service rendu à notre science, car je suis de plus en plus convaincu que ces délires inexpliqués parce qu'on ne veut pas en rechercher la véritable cause, ces délires subits dans leur apparition et dans leur mode de disparition, bizarres dans toutes leurs allures et jusque dans l'extrême variété de leur symptomatologie, ces délires dont on veut faire une caractéristique de la folie des dégénérés, ces délires reconnaissent ordinairement une cause toxique qui n'est pas recherchée et cela parce que l'on se contente de l'explication favorite : dégénérescence.

Il est aussi tout un groupe de malades qui est venu attarder l'étude des altérations humorales dans les maladies mentales ; ce sont les hystériques. Enlevez dans l'examen de l'hystérie ce qui a trait à l'hypnotisme, à la suggestion et à la simulation, vous restez en présence de sujets qui offrent des troubles de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence, c'est-à-dire des troubles mentaux et qui, de plus, présentent des troubles hémorrhagiques, circulatoires, vasculaires, fluxionnaires, congestifs aux apparitions et cessations brusques,

aux allures symptomatiques les plus variées ; ces troubles impliquent une perturbation du sang qui circule dans les vaisseaux ; actuellement ces troubles vasculaires sont considérés comme d'ordre nerveux ; autrefois ils étaient mis en doute parce qu'on se défiait des assertions des hystériques ; mais ceux qui les constataient les rapportaient et cela avec raison à l'arthritisme ; car l'hystérie n'est le plus ordinairement qu'une combinaison de troubles arthritiques et de troubles nerveux qu'il importe de ne pas confondre pour pouvoir leur appliquer un traitement respectif ; malheureusement, par crainte peut-être de restreindre l'hystérie, on a préféré considérer l'arthritisme comme une variété de dégénérescence héréditaire, l'hystérie comme une variété de dégénérescence nerveuse et les hystériques sont venues, avec leurs attributs arthritiques, augmenter le groupe chaotique des dégénérés. Il devrait nécessairement en être ainsi : ou le groupe hystérique devrait absorber le groupe des dégénérés ou celui-ci absorber celui-là ; c'est ce dernier pas qui a été accompli.

L'hystérie ne s'est pas contentée de démembrer l'arthritisme ; sous la même direction d'études, elle a voulu faire rentrer dans son domaine un grand nombre de symptômes saturnins, alcooliques, syphilitiques à l'aide des agents provocateurs de l'hystérie. A l'imitation de la police, l'hystérie a la prétention de se montrer partout.

Enfin, toujours en raison des mêmes tendances, l'hystérie s'éloigne de plus en plus des doctrines humorales, c'est-à-dire de ce qui est vrai ; elle en est arrivée par la force des choses à s'égarer dans le domaine de la psychologie, elle a passé de l'objectif dans le subjonctif et dans le numéro de juillet 1893, des *Archives de neurologie*, elle est devenue, sous la plume fine et ingénieuse de M. P. Janet, un rétrécissement du champ de la conscience. Ce rétrécissement serait conforme, dit l'auteur que je regrette de critiquer, aux règles de la logique sur les définitions et serait la caractéristique de l'hystérie. Je ne suis pas un psychologue mais je suis sûr qu'il y a d'autres malades que les hystériques qui ont le champ de la conscience rétréci ; c'est le propre de la folie que d'avoir un tel rétrécissement ; une telle définition serait plutôt celle de la folie que celle de l'hystérie ; les idées fausses pathologiques le produisent forcément ou se produisent à son occasion ; les persécutés, les phobiques, les anxieux, les confus, les imbéciles et surtout les idiots vont à l'aide de cette définition rentrer dans le territoire de l'hystérie sans compter les hypocondriaques et les neurasthéniques ; est-ce que l'hystérie voudrait prendre sa revanche et engloutir à son tour les antiques dégénérés ou au moins

les abriter sous son égide protectrice ? La méthode par l'absurde est parfois la réfutation la plus simple d'une théorie et si nous avons abusé quelque peu de son emploi à propos de l'hystérie, malgré la profonde estime que nous avons pour les travaux de M. P. Janet, c'est en raison du délaissement dans lequel on a laissé tomber l'étude de cette maladie dans ses rapports avec la pathologie humorale l'arthritisme et les auto-intoxications.

Je n'aborderai pas l'hypnotisme ni la suggestion qui, tout en produisant des effets réels, sont devenus des modes d'interprétation trop généraux et par suite ont fini par constituer des explications banales de tous les traitements, de toutes les guérisons, de tout ce que nous sommes incapables d'expliquer et ont fini surtout, pour ces derniers motifs, par être recueillis trop favorablement par les oreilles de certains magistrats. Il y a lieu ici de faire observer qu'au point de vue métaphorique nous sommes aussi en présence d'une intoxication ; celle-ci n'a pas pour voie conductrice ni les vaisseaux, ni le sang, et les éléments toxiques ne sont ni des miasmes ni des alcaloïdes organiques ; ici les organes de transmission sont les nerfs et organes des sens : vue et oreille, qui recueillent la parole et l'écriture, c'est-à-dire les moyens par lesquels se transmettent et arrivent les idées malsaines, les illusions, les erreurs. Je crois qu'à côté des maladies mentales causées par les auto-intoxications, il y aurait lieu de faire figurer les psychoses résultant de l'empoisonnement du subjectif par des idées malsaines puisées au dehors ou au dedans ; subjectif est un vieux mot pas toujours facile à comprendre ; le terme psychose contient un vieux radical qui me paraît destiné à s'associer mieux au mot subjectif qu'à l'expression nouvelle de auto-intoxication ; cette variété d'intoxication n'est pas à dédaigner comme objet d'études ; d'autant qu'il se peut faire qu'un même sujet puisse être soumis dans un même temps à l'influence de ces deux variétés d'intoxication ; il devient alors très difficile de les distinguer quand elles combinent leurs effets dans la production d'une maladie commune.

Il nous reste encore à exposer tout un côté de la clinique mentale où l'étude des auto-intoxications peut projeter un jour tout nouveau ; les malades qui représentent ce groupe sont loin d'être rares dans nos services ; je veux parler des déments par ramollissements cérébraux.

Là encore des progrès réels en anatomie pathologique cérébrale ont paru avoir tout résolu ; il a semblé que l'artère du corps strié avait dit le dernier mot de la question et qu'après l'indépendance

constatée des territoires vasculaires corticaux et centraux, il n'y avait plus rien à ajouter ; l'athérome des artérioles, l'artério-sclérose cérébrale, l'embolie et la thrombose paraissent avoir tout expliqué ; mais derrière ces athéromes, ces artério-scléroses, même localisées à partir de la pénétration des vaisseaux dans le crâne, il y a un état pathologique général de l'organisme, il y a des maladies constitutionnelles, il y a des auto-intoxications ; ces déments par lésions cérébrales sont bien des chroniques, mais antérieurement ils ont été des aigus ; si un embolus se précipite d'emblée et produit des effets terribles, instantanés ou rapides, les préparatifs de son organisation ont consisté en troubles pathologiques antérieurs, variés, répétés, souvent aux apparitions et disparitions rapides ; ce sont ces troubles qui, par leur succession, représentent les diathèses, ces diathèses que dès maintenant on serait en droit de considérer comme une série de succession d'auto-intoxications, comme des toxicités à répétition, ce qui resserrerait encore les liens entre les trois divisions si bien établies par nos rapporteurs.

La diathèse, la maladie constitutionnelle, le molimen congestif se retrouvent toujours en deçà de l'époque de la formation du caillot obstructeur ou de la lésion localisée ou diffuse de l'encéphale. Ces lésions, si bien constatées par les progrès de l'histologie, expliquent nettement le cortège des accidents qui les accompagnent, mais il ne faut pas oublier que derrière elle se cache l'altération générale qui leur a donné naissance et qui continue encore son action ; les théories humorales dans ces conditions restent toujours maîtresses du terrain et c'est en elles seules que nous pourrons espérer des ressources thérapeutiques.

Reportons nos souvenirs sur la vie de ces malades antérieure à la démence et au travers des incidents morbides digestifs, hépatiques, cutanés, articulaires, rénaux, cardiaques, pulmonaires ou même utérins, nous trouvons des délires plus ou moins transitoires, toujours expliqués par une cause banale (froid, émotion, fatigue), nous trouvons des périodes courtes ou plus prolongées, composées de syndromes innommés ou désignés par les termes plus ou moins vagues de fatigue générale, accablement persistant, lassitude continuelle, paresse sans cause, inaptitude à tout travail professionnel, découragement prolongé sans motifs, désintéressement inopiné des préoccupations habituelles, obtusion de la pensée, confusion dans les idées, torpeur cérébrale, tendance à la somnolence dans le jour, insomnie, anxiété, angoisse, peurs, obsessions, hallucinations ; tous ces phénomènes on les

retrouve à cinq, dix, vingt ans de distance, souvent répétés, associés entre eux ou isolés par groupes de deux ou trois, tous troubles d'ordre cérébral avec ou sans accompagnement des autres troubles organiques; ceux-ci sont à forme congestive ou passive, artérielle ou veineuse à apparition et à disparition fréquemment brusques ; à tous ces troubles cérébraux les malades, la famille, les médecins y ont attaché une importance plus ou moins grande, jusqu'au jour où les troubles cérébraux ne disparaissent plus ou acquérant une gravité plus grande, le mot démence était prononcé avec son explication anatomique, ramollissement cérébral.

C'est bien là le tableau symptomatique avant-coureur de ce que l'on appelait autrefois le ramollissement blanc hémorrhagipare qui semble avoir disparu, qui est un tort, depuis les anévrismes de Pestolozzi et les travaux consécutifs sur la circulation cérébrale. Remarquons déjà que ces mêmes symptômes ne se rencontrent pas seulement chez ceux qui succombent à la démence par ramollissement cérébral, car ils sont symptomatiques de l'action toxique sur le cerveau bien plus que de la désorganisation cérébrale ; celle-ci peut ne pas avoir lieu si le toxique quitte le cerveau soit pour cesser complètement toute action sur l'organisme, soit pour localiser son action sur d'autres organes.

De plus, et permettez-nous, Messieurs, d'insister sur ce point, ces mêmes symptômes, nous les rencontrons dans les mêmes conditions sur des malades qui pourront succomber à d'autres lésions cérébrales; par exemple, à celle de la sclérose interstitielle diffuse ; quand celle-ci joint ses symptômes propres à quelques-uns des symptômes que nous avons énumérés, nous désignons les malades sous un autre nom et nous les appelons paralytiques généraux.

Ces mêmes symptômes se rencontrent aussi sur des malades qui succombent à des lésions circonscrites ou généralisées, plus ou moins chroniques, occupant une, deux ou trois enveloppes cérébrales ; et ce n'est que lorsque des signes plus nets, tels que des convulsions, des contractures ou des délires violents apparaissent, qui nous permettent de pressentir la lésion, c'est à ce moment que nous prononçons les mots méningite chronique ; mais tant que les symptômes de lésions en foyer ou de sclérose interstitielle, ou de méningite chronique, ou de ramollissement cérébral n'apparaissent pas, quels noms donnons-nous à ces mêmes malades ?

Nous les désignons suivant l'évolution ou la prédominance des autres symptômes cérébraux sous les noms de délire transitoire,

épilepsie larvée, délire hallucinatoire, excitation maniaque plus ou moins prolongée, délire congestif, mélancolie, stupeur, aphasie, paraphasie, alcoolisme aigu, subaigu, chronique, ou encore, depuis un an, confusion mentale primitive. Mais, en définitive, ce sont des malades arrêtés sur la voie de la terminaison cérébrale incurable, car, quand nous pouvons suivre ces mêmes individus, si plus tard l'action toxique se reproduit sur leur cerveau, nous les voyons toujours aboutir à l'une des trois formes de lésions cérébrales et parfois aux trois réunies : lésions dites inflammatoires de méninges, lésions interstitielles diffuses de l'encéphale, ramollissement diffus ou local, central ou cortocal du tissu cérébral avec ou sans prédominance de lésions vasculaires.

Nous le répétons, quelles que soient les lésions et leurs localisations, leur extension et leur intensité, le plus souvent, quand on peut fouiller dans l'existence de ces sujets, on trouve, longtemps avant, des troubles mentaux ou des manifestations répétées de la cause morbide, diathésique, toxique, qui vient finalement déterminer une des trois formes du trépied anatomo-pathologie qui constituent la démence chronique.

Si nous nous sommes bien fait comprendre, ces trois formes de lésions sont les trois formes terminales ultimes des intoxications cérébrales chroniques. Les divers états de folie curable avec leur terminologie variée que nous avons essayé d'énumérer, avec le groupement variable des symptômes que nous avons énoncés sont les formes d'intoxication cérébrale passagère, non chronique ; ce sont aussi les formes d'auto-intoxication. Ces formes curables et passagères peuvent se répéter, et, par leur répétition, passer à l'état chronique et aboutir aux lésions terminales.

Il est dès lors permis de réunir ces formes aiguës et chroniques en raison de la même cause, agent toxique, en un faisceau plus grand que l'on pourra désigner sous le nom de maladies mentales par intoxication cérébrale, et en ce cas nous proposerions de réserver provisoirement le nom de psychoses à toutes les maladies mentales qui ne résulteraient pas d'une intoxication, auto-intoxication ou infection, sans rien préjuger de la nature de ces folies et uniquement pour les distinguer des folies par intoxication.

La même division pourrait être introduite dans l'idiotie avec plus de difficultés, car en pathologie cérébrale infantile toutes les difficultés sont accumulées, mais nous laissons ce soin à d'autres car nos études n'ont pas eu l'occasion d'être assez dirigées sur ce côté.

En résumé, c'est en pénétrant dans l'étude des diathèses que l'on arrivera à mieux apprécier la démence par ramollissement cérébral, par scléroses interstitielles, par méningites ; c'est par l'étude des auto-intoxications que l'on comprendra mieux les diathèses qui ne sont peut-être que des successions d'auto-intoxications ; c'est par l'étude des auto-intoxications que l'on arrivera à mieux comprendre les états morbides désignés improprement sous le nom de démence aiguë ou leurs équivalents ; c'est par ces études que l'on interprètera mieux les troubles vasculaires des hystéries et de certaines épilepsies, que l'on songera moins à les hypnotiser et que l'on diminuera la suggestibilité et la crédulité d'un grand nombre d'individus.

Nous terminons, Messieurs, en nous excusant d'avoir abusé des instants si précieux du Congrès, mais nous avons cru qu'à côté des travaux réels tirés de l'observation clinique et de l'expérimentation physiologique, que nos rapporteurs ont exposés avec tant de clarté, il était de notre devoir de tenter de déblayer le terrain de notre pathologie mentale en le débarrassant des matériaux d'encombrement qui sont venus obstruer successivement l'étude des intoxications cérébrales. Ces travaux, il convient de le dire bien haut, contiennent des erreurs trop nombreuses, trop souvent répétées, propagées et par suite trop accréditées auprès des savants qui s'occupent des questions judiciaires, législatives, morales, psychologiques et d'Assistance et leurs conclusions peuvent s'en ressentir. Ce n'est qu'en tentant de réduire ces travaux à ce qu'ils contiennent de vrai que l'on peut apprécier en toute liberté d'esprit les maladies mentales dans leurs rapports avec les auto-intoxications.

Nos convictions personnelles sur cette question ne sont pas d'aujourd'hui ; nous les avons déjà fait connaître de 1886 à 1890 dans nos différentes communications à la Société médico-psychologique de Paris : sur la folie héréditaire, les idées morbides de persécution, sur la valeur de l'arthritisme en aliénation mentale et les paralysies générales par intoxication, nous les avons défendues dans nos différents Congrès.

Quelles que soient les divergences d'opinion sur les détails, nous remercions encore une fois nos rapporteurs de la multiplicité et de la variété des faits qu'ils ont recueillis et qui, dès à présent, permettent de dire que si la question n'est pas résolue elle a vivement sollicité l'attention de tous ceux qui désirent le progrès dans les études de pathologie mentale.

TOXICITÉ COMPARÉE DE L'URINE ET DU SÉRUM

CHEZ LES MANIAQUES.

Par M. le Dr Chevalier-Lavaure, médecin-adjoint de l'asile d'Aix.

		Urine.	Sérum.
Di.............	Manie intermittente (accès aigu).......	124 cc	4 cc 8
Ba.............	— aiguë............................	52 00	
Da.............	— intermittente (accès subaigu)....	42 00	12, 3
Ca.............	— subaiguë.........................	69,73	6, 6
Ch..., ép. Ba...	— aiguë............................	75,73	5, 9
Gi.............	— subaiguë.........................	55,97	8, 5
Mau............	— aiguë............................	92,81	4, 8
Gr.............	— aiguë............................	72,35	10, 3
Or.............	— chronique (pas d'agitation)......	40,75	
Ley............	— aiguë............................	104,37	3, 9
Mi.............	— subaiguë.........................	89,24	6, 2
Or... 6. m......	— subaiguë.........................	59,60	
		Pour tuer un kilog. d'animal.	

1° L'urine produit d'abord l'accélération de la respiration, puis le ralentissement, le myosis, quelquefois l'exophtalmie, tantôt le coma, tantôt des secousses cloniques et toniques ; une excitabilité musculaire extrême ; enfin, la respiration devient saccadée, tantôt se ralentissant, tantôt s'accélérant, tantôt devenant très courte, tantôt prenant de l'amplitude. La mort se produit soit dans le coma, soit dans des convulsions toniques. Hypothermie.

2° Le sérum produit quelquefois de l'exophtalmie, l'abolition des réflexes palpébraux dès les premiers centimètres cubes ; des convulsions généralisées et la mort généralement en opistothonos.

Nota. — Les saignées chez les maniaques ont produit ce résultat intéressant de diminuer momentanément, pour un jour le plus souvent, l'excitation sous le coup de laquelle ils se trouvaient. A rapprocher des effets des saignées chez les urémiques et chez les épileptiques en état de mal.

Toxicité comparée de l'urine et du sérum

CHEZ LES MÉLANCOLIQUES.

		Urine	Sérum.
Pe	Mélancolie hypochondriaque. Accès d'agitation............................	125 cc	3 cc 3
Re	Lypémanie chronique (ancienne).......	12,98	10, 6
Vi	— aiguë....................	15,49	6, 8
Mo	— aiguë....................	13,56	12, 2
Kl.............	— chronique................	73,17	
Bi.............	— aiguë (avec confusion mentale)	16,44	10, 4
Ze.............	— subaiguë (très améliorée)...	33,56	15, 5
Ch	— subaiguë.................	28,45	
Bl..., ép. C.....	— aiguë (accès d'agitation)	95,58	5, 9
Ri..., ép. R	— subaiguë.................	18,30	
Be.............	— subaiguë.................	22,06	
Pa	— aiguë (accès d'agitation).....	87,09	5, 7
Ke	— aiguë....................	19,41	
To	— aiguë (confusion mentale)...	15,49	8, 9
Ma	— aiguë (accès d'agitation).....	93,12	6, 1

1° L'urine produit presque constamment de violentes secousses toniques et cloniques, sauf dans les cas d'excitation où les phénomènes observés se rapprochent de ceux produits par l'urine des maniaques. La respiration se ralentit dès le début de l'injection pour devenir plus rapide et irrégulière. Elle est souvent sonore. La mort se produit habituellement en opistothonos et trismus. La contraction est tellement violente que les dents se cassent. Hypothermie. La toxicité est le plus souvent augmentée.

2° Le sérum produit l'accélération de la respiration. L'animal meurt ordinairement dans le coma.

		Urine.	Sérum.
Fr............	Démence organique. Tranquille, satisfait, glouton, gâteux..................	127 cc 65	7 cc 8
De L..........	Paralysie générale ou rémission. Sensiblerie, puérilité, tranquille..........	26	
B..............	Paralysie générale. Agitation. Idées confuses de grandeur.................	110, 09	

Pour 1 kilog. d'animal.

Trop peu d'expériences pour conclure. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la toxicité de l'urine est modifiée.

M. Mabille, secrétaire général, lit, au nom de M. Dericq, le travail suivant :

ÉTATS MÉLANCOLIQUES ET URTICAIRES

Contribution à l'étude des rapports à établir entre les maladies mentales et les auto-intoxications.

Par le Dr L. Dericq, médecin-adjoint à l'asile de Prémontré (Aisne).

Les troubles gastro-intestinaux sont très fréquents dans les états mélancoliques et, depuis longtemps, les observateurs ont noté le parallélisme des accidents psychiques et somatiques. Cette notion du parallélisme des accidents n'est évidemment pas suffisante, car elle ne montre point leur influence réciproque et si, empiriquement, elle autorise certains procédés curatifs, elle ne les *indique* pas. Aujourd'hui les succès dus au lavage de l'estomac (Régis), à l'alimentation forcée, à la méthode évacuante, ne se comptent plus et les résultats obtenus montrent combien sont étroits, dans certains cas, les rapports du physique et du moral. La connaissance de cette influence ne conduit à son tour qu'à la théorie de la sympathie qui, tout en admettant des relations entre des organes éloignés et entre les phénomènes dont ils sont le siège, reste vague, indécise, susceptible d'interprétations imaginaires et inaccessible à la preuve positive.

Les travaux contemporains permettent, semble-t-il, de saisir une partie du mécanisme intime de ces relations, et, donnant une vie objective à *la matière peccante,* nous conduisent à établir la proposition générale suivante :

La plupart des états mélancoliques sont symptomatiques d'une auto-intoxication.

1° Mon ambition n'est pas d'apporter aujourd'hui la justification d'une conclusion aussi formelle : c'est une œuvre qui, je l'espère, se fera en son temps. Mon but est plus modeste et voulant agir avec prudence, en sériant les faits, je ne veux procéder que *par fragmentation,* pour ainsi parler.

Je laisserai donc de côté les états mélancoliques avec fièvre, ceux qui sont liés à la suppression d'un émonctoire comme ceux qui sont le résultat du travail chimique des microbes... etc., etc., et je me bornerai aux états mélancoliques liés à des auto-intoxications d'origine gastro-intestinale.

Le meilleur moyen, assurément, pour entraîner la conviction serait, dans les cas qui nous occupent, de montrer dans le sang l'existence des poisons fabriqués par l'organisme. Il n'existe malheureusement que des procédés de laboratoire, encore incertains et, par conséquent, sans emploi en clinique. Dans l'impossibilité momentanée où nous sommes de saisir ces poisons lorsqu'ils circulent avec « notre chair coulante » nous pourrions les retenir, du moins en partie, lorsqu'ils quittent l'organisme et nous pourrions voir, par exemple, la toxicité urinaire ou stercorale diminuer dans le cours de certains états mélancoliques et augmenter d'une *façon critique* lorsque surviennent une guérison ou une amélioration. Les hasards de la clinique paraissent nous avoir fourni pour appuyer notre argumentation ou genre de preuve tout différent et ne nécessitant aucune instrumentation. Nous avons pu, en effet, observer depuis quelques années, un certain nombre d'états mélancoliques qui ont cessé avec l'apparition *d'une urticaire*. Or, il nous semble difficile de dénier à la lésion cutanée dont je viens de parler une origine toxique. (Je pense d'ailleurs que l'urticaire est souvent d'ordre toxique. Bouchard, maladies par ralentissement.) La seule distinction qu'il faille établir devant porter sur l'hétéro ou l'auto-intoxication. Dans les observations que je vais rapporter, je me suis mis en garde contre cette cause d'erreur.

Obs. I. — Il s'agit d'un homme de 33 ans, employé de banque, sobre, continent, sans hérédité vésanique, mais fils d'un père mort d'un cancer de l'estomac. Depuis l'âge de 30 ans environ, les digestions sont difficiles, s'accompagnent de renvois aigres et de douleurs en brûlure qui commencent environ une heure après les repas. Alternatives de constipation et de diarrhée fétide. Le malade n'est pas gros mangeur et ne me paraît pas dilaté car je n'ai jamais pu percevoir le *clapotage pathologique* (Audhoui). Cet homme supporta d'abord assez bien son incommodité, mais peu à peu l'humeur s'assombrit, le travail devint pénible et des formes vagues (ébauche d'hallucinations) « *défilèrent* » (c'est son expression) devant lui pendant la nuit. Le lavage de l'estomac (Faucher) ne donna que peu de résultats.

Après bien des alternatives, au bout de 2 ans 1/2 de souffrances, le

malade commença à dire qu'il était perdu, que c'était fini. Constamment angoissé, il attendait un malheur qui n'arrivait pas. Puis il fut obligé d'abandonner son travail : je ne sais plus rien faire, je me suis trompé. Je n'ai rien pris pourtant : n'est-ce pas que je ne suis pas un voleur ? Enfin toute nourriture fut refusée et ce n'est qu'avec les plus vives instances que sa femme pouvait lui faire prendre un peu de chocolat. Progressivement, M. X... refuse de changer de linge, de quitter son lit, laisse même aller librement ses excrétions : je suis puni, c'est une juste punition. Ah ! Docteur ! vous ne pouvez pas me sauver, je l'ai mérité. J'entends bien qu'on dit que j'ai trompé mon patron. Allez-vous en, je suis une peste (haleine fétide), ne voyez-vous pas que je fais tout changer ; regardez les yeux de ma femme : elle va mourir. Si, je sais ce que je dis, je ne suis pas fou, je vois bien tout ce que vous faites, mais je suis condamné ; ma tête gonfle, ma tête brûle, je veux mourir.

Devant le refus persistant d'aliments, je montre à un confrère comment il faut procéder pour l'alimentation par la sonde en recommandant de profiter de cette manœuvre pour provoquer la liberté du ventre, car une constipation opiniâtre s'était établie. Deux litres de lait sont injectés chaque jour. Tout d'abord l'estomac fut complaisant, mais au bout d'une dizaine de jours, les vomissements commencèrent : à peine introduit, le lait était rejeté. Le malade gémit, se lamente ou reste muet, refuse de répondre et de se déplacer, les nuits sont absolument sans sommeil, peuplées de cauchemars. Nous allons tenter les lavements alimentaires quand, une après-midi, après une matinée où le malade avait constamment répété : je suis déshonoré, on vient me prendre, la face se mit à gonfler par places. Puis les élevures se répandirent sur tout le corps. Nous étions en présence d'une éruption généralisée d'urticaire. M. X... se roulait sur son lit, criant, se grattant avec frénésie et faisant naître sous ses ongles de longues bandes saillantes. Pas de fièvre T 37,8. Vers 10 heures du soir, le malade s'assoupit. Le lendemain il reste triste, accablé, mais sans gémir ; une nouvelle poussée d'urticaire a lieu dans l'après-midi. A la nuit le malade s'endort. A partir de ce moment les phénomènes délirants étaient terminés. Progressivement la nourriture fut tolérée, la tristesse et l'accablement diminuèrent et au bout de 15 jours M. X... commença à reprendre ses occupations. Depuis le mois de mars 1889 il n'y a pas eu de rechute malgré un travail très absorbant. Jamais les urines n'ont contenu de sucre ni d'albumine. L'urée n'a pas été dosée. La durée de l'accès a été de 3 mois.

Je dois ajouter que M. X... continue actuellement à se laver l'estomac, deux fois par semaine, avec la sonde à double courant d'Audhoui.

Obs. II. — Cette deuxième observation pourrait presque être superposée à la première. Aussi je serai assez bref.

Le 20 juin 1888 je suis appelé près d'une dame de 42 ans qui depuis plusieurs jours ne voulait plus manger. Femme obèse, couperosée, assez grosse mangeuse de pâtisseries, sobre, sans hérédité vésanique, mal réglée et stérile. Le mari nous raconte que sa femme a souvent des indigestions, des brûlures au creux de l'estomac, des renvois aigres, de la constipation. Depuis un mois environ, cette dame qui malgré son ampleur était assez active et s'occupait intelligemment de son commerce, devient sombre, préoccupée. « Elle soupire toujours », se plaint du manque de forces, dit qu'elle se sent finir, qu'elle n'ira plus loin, qu'on va venir lui faire concurrence, qu'ils perdront leurs pratiques, qu'ils ne pourront plus solder leurs billets à échéance... etc. Enfin, elle refuse « d'aller servir les clients qui ne payent plus », reste au lit ou confinée dans un fauteuil, attend l'huissier qui va venir saisir. Elle n'est pas rassurée lorsque son mari lui montre de l'or ou des billets : ce n'est pas à toi, on te les a prêtés pour me faire croire que nous ne sommes pas malheureux... etc.

Refus d'aliments, haleine fétide, couleur terreuse de la peau, constipation opiniâtre. Nous introduisons à l'aide de la sonde un demi-litre de lait et 40 grammes de sulfate de soude dans l'estomac qui ne rejette rien. Dans la nuit on nous mande en toute hâte et nous trouvons M[me] X se débattant dans son lit et s'arrachant littéralement la peau. Eruption généralisée d'urticaire à petits éléments ayant respecté la face. Sur le matin le sommeil survient et au réveil le mari constate avec plaisir que sa femme ne répète pas sa plainte monotone de ruine, de malheur, de saisie par huissier...

Désormais les phénomènes délirants ne se reproduisent plus, mais plusieurs poussées successives d'urticaire font encore souffrir la malade.

Durée de la maladie, 1 mois. Pas de rechute depuis 5 ans.

Le résumé verbal des deux observations précédentes avait été communiqué par moi à notre distingué confrère de Lisbonne, le D[r] Bettencourt, lors du congrès de 1889 (comptes rendus du Congrès de médecine mentale, page 413); celle que je vais rapporter a été prise depuis.

Obs. III. — M. A., ingénieur, 45 ans, sobre, grand travailleur,

estomac délicat dès l'enfance. Je n'ai pas pu recueillir de renseignements précis sur l'hérédité : le père, qui est mort des suites d'un accident de voiture, était diabétique, la mère avait des irrégularités d'humeur extrêmement accentuées.

Voici ce que nous apprend la femme du malade. M. A. est depuis plus de 20 ans tourmenté par des digestions difficiles, s'occupant du météorisme avec dyspnée mécanique. Jamais de vomissements mais très-fréquemment des régurgitations aigres ou putrides. Alternatives de constipation et de débâcles fétides. Humeur inégale, éréthisme général qu'arrive seul à calmer un travail acharné de nuit : le malade ne peut s'endormir que vers 5 heures du matin. Il y a six mois environ cette dame a remarqué que le caractère de son mari s'assombrissait et que malgré sa délicatesse habituelle il se laissait aller à parler de sa mort prochaine sans paraître prendre souci des inquiétudes qu'il éveillait. Les caresses qu'il prodiguait à ses enfants étaient fébriles et en les embrassant, il répétait sans cesse : pauvres petits, pauvres chéris. Puis, brusquement la situation empire. Le malade devient difficile à nourrir, n'acceptant, qu'après de vives instances, des aliments en quantité insuffisante. Les digestions, dit-il, sont des tortures; enfin le délire apparaît... Il est damné, il commence l'enfer sur la terre. Il y a longtemps qu'il aurait dû accomplir ses devoirs religieux, comme l'avaient toujours engagé à le faire ses parents. Dieu le punit de son orgueil et avec lui tous les siens. Sa femme souffrira à cause de lui, ses enfants seront malheureux par sa faute. Pleurs, gémissements, angoisses. Et cela ne finira pas, et cela ne finira plus. Refus absolu d'aliments. C'est à ce moment que nous voyons le malade. Nous trouvons M. A. pâle, décharné, tapi, pour ainsi dire, dans un coin de la chambre, les joues inondées de larmes. La langue est sale, l'haleine repoussante. Après bien des hésitations, le malade consent à prendre quelques verres de lait et nous promet de manger. Cette promesse, faite à la vue de la sonde, n'est pas tenue et quelques jours après notre visite, pour échapper « aux tortures humaines et commencer le supplice infernal qu'il a mérité », M. A. se donne dans la région du cœur un coup de canif : la lame se brise sur une côte. Le délire augmente, le malade n'a plus conscience de ce qui se passe autour de lui, il ne reconnaît plus sa femme ni ses enfants, crie sans cesse : mon Dieu, mon Dieu pardonnez-moi, s'affaiblit physiquement, malgré l'introduction quotidienne par la sonde de 3 jaunes d'œufs et d'un litre de lait quand une période d'accalmie survient *en même temps* qu'une éruption d'urticaire peu abondante, limitée au dos et aux fesses. Prostré, sans pa-

role, les yeux mi-clos, M. A. laisse aller sous lui ses excrétions, mais accepte le lait que sa femme lui présente. Enfin 8 jours après sa première éruption d'urticaire une deuxième a lieu, plus abondante, très prurigineuse et en même temps le malade semble sortir de son long cauchemar ! Il embrasse sa femme, ses enfants, se laisse conduire dans le jardin, conserve les fleurs qu'on lui donne. Le délire est fini. La convalescence fut longue mais sans rechute et M. A., remis complètement depuis 15 mois, travaille aujourd'hui comme par le passé. En tout, l'accès avait duré 8 mois.

Tous les 3 jours, régulièrement, notre malade prend 12 pastilles de charbon de Belloc.

2° Les observations qu'il me reste maintenant à rapporter sont un peu moins précises que les précédentes ; nous n'avons pas pu suivre de visu tous les malades ou avoir tous les détails nécessaires. Isolées, elles ne permettraient pas de conclure, mais rapprochées des faits relatés plus haut, leur valeur devient réelle et de bon aloi.

Obs. IV. — Homme de 26 ans, à niveau mental peu élevé et syphilitique. Estomac capricieux, indigestions fréquentes. Ne peut plus être gardé par sa famille parce qu'il refuse de changer de linge, de manger, parce qu'il pleure et gémit sans cesse et a fait une tentative d'automutilation sur ses organes génitaux, « source du péché ». Constipation opiniâtre. L'accès guérit pendant que l'entourage fait les démarches nécessaires pour l'internement. Eruption d'urticaire en 2 poussées successives. Durée de l'accès : 2 mois.

Obs. V. — Homme de 50 ans, atteint de psoriasis limité aux coudes, aux genoux et une gouttelette sur le pénis. Très préoccupé depuis longtemps par l'état de son estomac qui ne lui permet que des aliments peu consistants : soupe, chocolat, lait, œufs clairs, jus de fruits, etc. Constipation fréquente. N'ose plus sortir de chez lui parce qu'il est un objet de mépris. Il n'entend rien dire, mais il sait bien ce qu'on pense. Du reste, ce n'est pas étonnant, car on n'ignore pas que son père et lui sont atteints d'une « maladie lépreuse ». Tentative de suicide par pendaison. Interné, le malade s'évade et c'est dans sa maison, où son père le recueille, que l'accès prend fin, avec une éruption généralisée d'urticaire suivie de plusieurs poussées partielles.

Obs. VI. — Femme de 42 ans, névropathe, obsédée depuis 3 ans par des hallucinations hypnagogiques si intenses qu'elle ne fait plus la distinction avec la réalité, du moins le plus souvent. Impulsions conscientes au suicide. Hérédité dissimulée probablement par la famille.

On avoue seulement un père et un grand'père paternel buveurs. Cette dame depuis que je l'observe a eu deux périodes de dépression mélancolique simple avec perte de l'appétit, saburres, aigreurs, renvois fétides, constipation, périodes qui ont pris fin chaque fois avec l'apparition d'une urticaire aux jambes.

Obs. VII. — Homme de 44 ans, déséquilibré, a fait, par ses excentricités et ses bêtises, le désespoir de sa famille. Une sœur et une tante maternelle aliénées. Maux d'estomac depuis 20 ans. Gastrorrhagie depuis une quinzaine d'années. Mange gloutonnement et à la suite de ces accès est sujet à des indigestions qui se prolongent, se répètent (sans vomissements) et amènent peu à peu un état de dépression avec tendance au suicide. J'ai vu 3 fois cet état cesser avec l'apparition de plaques géantes d'urticaire à la lèvre inférieure, à la lèvre supérieure, à la paupière supérieure droite et au front. Quelques petits éléments à la nuque et sur les bras. Enfin le malade m'a assuré, qu'il y a une douzaine d'années il avait eu une période de tristesse pendant laquelle il n'osait plus sortir « ayant peur » et que cette maladie noire avait pris fin avec un gonflement très prurigineux de la lèvre supérieure, qui l'avait rendu affreux pour 24 heures et qu'il ne différait en rien, sauf l'intensité, des plaques d'urticaire dont j'ai parlé plus haut.

Obs. VIII. — Homme de 65 ans, artério-scléreux avec insuffisance et rétrécissement mitral. Dément, idées niaises de force et de grandeur. Sujet à une constipation opiniâtre qu'il ne veut pas avouer, car « tout va très bien en lui ». Nous sommes assez souvent obligés de recourir à un purgatif huileux afin de parer à des accidents d'obstruction stercorale. Plusieurs fois, par indocilité du malade, l'huile de ricin n'a pas été prise dans sa totalité et nous avons vu apparaître, coïncidant avec l'inappétence, les saburres, les aigreurs, un état de dépression contrastant avec la belle humeur habituelle. Il est perdu, il veut faire son testament, il distribue les timbres-poste qu'il possède « qu'il n'a pas volé », il demande pardon à ses camarades de leur avoir refusé du tabac... etc. Une première fois nous avions noté un œdème circonscrit, de la largeur d'une pièce de 5 francs, situé sur la joue gauche et survenu en même temps que l'amélioration. Nous avions cru nous trouver en présence d'un de ces œdèmes circonscrits et fugaces que l'on rencontre quelquefois chez les artério-scléreux. Notre diagnostic était erroné, car 16 mois après nous vîmes une nouvelle période de dépression, née dans les mêmes conditions que la précédente, s'amender avec l'apparition d'une plaque prurigineuse située sur la lèvre inférieure et sur le menton. Le prurit, beaucoup plus

intense que lors de la première éruption, quelques petits éléments trouvés sur les jambes, ont permis cette fois d'établir le diagnostic.

Je ne veux pas allonger outre mesure cette communication déjà longue en abordant avec détails tous les commentaires que les observations comportent. Il me suffit d'avoir donné connaissance de faits précis qui peuvent aider à montrer quel lien étroit unit le moral au physique et quel avenir heureux paraît réservé aux recherches qui auront pour but de trouver aux états mélancoliques des causes somatiques — souvent d'origine extra-cérébrale.

QUELQUES MOTS SUR LES AUTO-INTOXICATIONS

DANS LES MALADIES MENTALES

Par M. le Dr Giraud, médecin en chef de l'asile Saint-Yon.

Messieurs, j'ai lu avec beaucoup d'intérêt le rapport de MM. Régis et Chevalier-Lavaure. La question a été étudiée d'une manière très complète ; mais, j'ai à vous présenter, sur divers points, quelques observations de détail.

Tout d'abord, j'ai été prié par M. Lailler, pharmacien de l'asile de Quatre-Mares, de demander une rectification.

MM. Régis et Chevalier-Lavaure disent dans leur rapport : « M. Lailler ......, est arrivé par la paralysie générale aux résultats suivants :

Dans les états de dépression et d'hypochondrie du début, les malades mangent beaucoup et éliminent peu. » Or, M. Lailler a écrit : « Des chiffres qui précèdent et dont la lecture a pu vous paraître aride, découlent des considérations qui ont leur importance en pathologie mentale. Ainsi nous voyons, dans le délire dépressif, comme prodrôme de la paralysie générale, que la somme des déchets éliminés par l'urine est au-dessous de la proportion physiologique. Dans cet état, les malades mangent peu généralement ; c'est à peine si le total des aliments qu'ils prennent atteint ce qu'on est convenu d'appeler la ration d'entretien. Mais s'ils reçoivent peu, ils dépensent relativement peu. »

L'opinion attribuée à M. Lailler par les auteurs du rapport est, comme on le voit, inexacte.

Je désirerais savoir sur quoi est fondée l'hypothèse émise dans le rapport que, chez les aliénés, et en particulier chez les maniaques, il y a auto-intoxication produite non par rétention des poisons dans l'organisme, comme dans l'arémie par exemple, où le rein n'est plus perméable, mais par production exagérée de certaines substances aux dépens des autres, d'où insuffisance de l'activité fonctionnelle du rein. Rien ne prouve cette mauvaise volonté du rein à éliminer ces substances.

Je demanderai également aux rapporteurs comment ils concilient, avec l'existence de la folie à double forme, l'hypothèse d'une auto-intoxication différente dans la manie et dans la lypémanie. Lorsque

l'urine est plus toxique qu'à l'état normal, on conclut à une auto-intoxication ; or, d'après les rapporteurs, la toxicité du serum sanguin n'est pas en rapport avec celle de l'urine, et souvent même est inverse. Comment admettre une intoxication si le sang est moins toxique qu'à l'état normal? D'après les rapporteurs, la toxicité du serum sanguin serait diminuée dans les états de dépression. Qu'importe alors l'urine, puisque c'est le sang qui irrigue les cellules nerveuses.

On signale que la folie peut survenir à la suite de la fièvre typhoïde, mais ce qu'on doit ajouter c'est que c'est un fait relativement assez rare. La fièvre typhoïde est commune et la grande majorité de ceux qui en sont atteints guérissent sans devenir aliénés : il faut donc chercher dans la folie survenant à la suite de la fièvre typhoïde une autre cause que l'intoxication par le poison de la fièvre typhoïde ; le même raisonnement s'applique à la grippe et aux autres maladies infectieuses étudiées par les rapporteurs. De même pour les délires post-opératoires. Parfois, après une opération, on voit apparaître des phénomènes hystériques. On ne peut pas en conclure que l'hystérie est due à une auto-intoxication. A une époque peu éloignée de nous, quand on ne connaissait pas l'antisepsie, on observait fréquemment l'infection purulente à la suite des opérations. Les plaies ne guérissaient, dans la grande majorité des cas, qu'après suppuration. Les délires post-opératoires n'étaient pas plus fréquents qu'aujourd'hui.

Les rapporteurs signalent les bons effets qu'ils ont obtenus en combattant les accès de lypémanie intermittente par un traitement dirigé contre l'arthritisme, et en employant en particulier une potion renfermant à la fois du phosphate de soude, du salicylate de lithine, de la teinture de colchique, de la teinture de noix vomique et de l'arséniate de soude. Ils n'ont pas indiqué les doses dont ils font usage et je leur demanderai de vouloir bien donner la formule de leur potion.

Les conclusions du rapport me paraissent dépasser de beaucoup ce qui peut être prouvé lorsque les auteurs tirent des expériences faites sur les urines une *preuve péremptoire* en faveur de l'auto-intoxication, quand ils voient une cause et non un effet, et quand ils concluent que les psychoses des maladies infectieuses sont le résultat soit de l'action directe des microbes, soit de l'action des toxines secrétées par les microbes. Les rapporteurs étaient beaucoup plus prudents lorsqu'en traitant des faits d'ordre thérapeutique ils écrivaient : « Si, comme

nous le dirons tout à l'heure en concluant, les nombreux faits et documents que nous venons d'énumérer ne permettent pas encore d'asseoir des conclusions fermes et définitives au sujet des folies par auto-intoxication, ils ne permettent pas non plus de formuler à leur égard un traitement absolument méthodique et rationnel, basé sur une étiologie spéciale. » Je crois qu'ils eussent dû s'en tenir à cette proposition qui, en somme, n'est pas d'accord avec leurs conclusions.

M. le Dr Deny (de Bicêtre). — Je désire, à propos du remarquable rapport de M. Régis sur le rôle des auto-intoxications dans les maladies mentales, attirer votre attention sur quelques faits qui me paraissent de nature à modifier complètement nos idées sur la pathogénie des folies viscérales ou sympathiques. Je fais allusion à des expériences toutes récentes de M. Brown-Séquard, qui visent la pathogénie de l'urémie.

Vous savez qu'il existe dans la science un certain nombre de cas d'urémie totale ayant persisté dix, douze et même dix-sept jours (Benedikt, Holtz, etc.), sans que la santé générale des malades ait subi la moindre altération, et cela en l'absence de toute élimination supplémentaire des poisons urinaires par la sueur, les vomissements, etc.

Pour expliquer ces faits, qui sont en contradiction formelle avec la théorie régnante de l'urémie, M. Brown-Séquard a réalisé l'expérience suivante : Après avoir enlevé à un animal les deux reins, il lui pratiqua une ou plusieurs injections de suc rénal et constata que, dans ces conditions, la mort de l'animal était notablement retardée. Il en conclut que ce n'est pas à la rétention dans le sang des poisons urinaires qu'est due l'urémie, mais au contraire à la soustraction de certains principes sécrétés par le rein et repris ensuite par l'organisme.

En d'autres termes, M. Brown-Séquard admet que le rein est une glande dont la sécrétion est à la fois interne et externe, et que c'est à la suppression non pas de sa sécrétion externe (l'urine), mais bien de sa sécrétion interne, que sont dus les accidents dits urémiques.

Cette manière de voir, il faut bien le reconnaître, trouve sa confirmation dans un certain nombre de faits cliniques et expérimentaux concernant d'autres glandes à sécrétion purement internes, telles que la glande thyroïde, les capsules surrénales, etc.

Il est aujourd'hui établi que l'idiotie myxœdémateuse coïncide toujours avec un arrêt de développement du corps thyroïde, que les

malades auxquels on enlève cette glande en totalité sont frappés au bout d'un certain temps d'idiotie, etc., etc. On a constaté également la production d'un certain nombre d'accidents nerveux à la suite de la destruction ou de la dégénérescence des capsules surrénales, de la glande pituitaire, des ovaires, etc. A vrai dire, le mécanisme de ces accidents n'est pas encore parfaitement élucidé, on est toutefois autorisé à penser que toutes ces glandes jouent vis-à-vis de l'organisme un rôle de protection, soit en versant dans le sang des principes susceptibles de maintenir en équilibre la composition du liquide nourricier, soit en neutralisant des poisons formés ailleurs.

Si, comme le soutient aujourd'hui M. Brown-Séquard, cette conception est vraie non seulement pour les glandes à sécrétion purement interne mais aussi pour les glandes à sécrétion externe, telles que le rein, le foie, le pancréas, le testicule, etc., on voit que ce n'est plus seulement la pathogénie, de la folie urémique ou de la folie brightique qui se trouve bouleversée, mais celle de toutes les folies viscérales en général. Ce serait, en un mot, à un trouble de la sécrétion, fonctionnel ou organique, temporaire ou permanent, des différentes glandes de l'organisme que ces folies devraient être rattachées.

Bien entendu, cette théorie n'a rien d'inconciliable avec celle de l'hérédité ou de la prédisposition ; il va de soi, au contraire, que ces théories se complètent l'une l'autre et se prêtent un mutuel appui.

M. le Dr Brissaud (de Paris) signale l'intoxication iodoformique comme cause possible d'accidents délirants, post-opératoires graves et même de mort après laquelle l'autopsie ne décèle aucune trace d'empoisonnement septique appréciable.

M. le Dr Briant (de Villejuif). — M. Gilbert-Ballet nous a dit tout à l'heure qu'il ne fallait pas s'illusionner sur la valeur de l'auto-intoxication dans ses rapports avec les maladies mentales. J'irai plus loin et je dirai qu'il n'est pas démontré du tout que l'urine d'un maniaque tuant un lapin, fasse délirer l'homme.

Je crois cependant que l'auto-intoxication joue un rôle dans la genèse des maladies mentales, mais, pour qu'elle agisse, il faut, comme pour les délires alcooliques, une prédisposition individuelle.

M. le Dr Régis (de Bordeaux), rapporteur, répond aux objections faites par M. Giraud. — Il me semble, dit-il, qu'on peut tirer de la discussion qui vient d'avoir lieu, les conclusions suivantes :

1° L'expérimentation avec les urines et l'analyse chimique ne sont

pas en mesure de donner des résultats complets ; il y a lieu de reprendre, de perfectionner, de compléter les recherches qui ont été faites jusqu'ici ;

2° Les folies par auto-intoxication se présentent en clinique, sous deux aspects différents, soit le délire aigu, soit la confusion mentale réelle ;

3° Les psychoses par auto-intoxication peuvent revêtir l'aspect de la paralysie générale ;

4° Le traitement antiseptique interne est utile quand on se trouve en présence d'un cas d'aliénation mentale due à une auto-intoxication.

M. le Président déclare la discussion close.

Discussion de la proposition de MM. Brissaud et Briand sur la modification du règlement du Congrès.

M. le Dr Briand (de Villejuif) présente son rapport, concernant une modification à apporter à l'article 3 des statuts.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

1° A l'avenir, le Congrès de médecine mentale portera le nom de Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

2° A la dernière séance de chaque Congrès, l'assemblée désignera le Président du futur Congrès.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Brissaud, Charpentier, Christian, Drouineau, Régis, Doutrebente et Bourneville, les conclusions du rapport de M. Briand sont adoptées et il est décidé que le nouveau règlement sera modifié de façon à être mis en harmonie avec les propositions adoptées.

La séance est levée à 6 heures du soir.

Visite des tours de La Rochelle et réception des membres du Congrès par la Municipalité à l'Hôtel-de-Ville.

A la sortie de cette séance, les membres du Congrès, sous la direction de M. Couneau, adjoint au maire de La Rochelle, visitent les *tours de La Rochelle.*

Le soir, à neuf heures, la municipalité recevait les membres du Congrès à l'hôtel-de-ville de La Rochelle.

M. E. Delmas, député, maire de La Rochelle, assisté de MM. Barthe, Couneau et Gougnard-Périer, adjoints, des membres du Conseil

municipal et des principaux chefs de service de la ville, avait tenu à honneur de venir lui-même, au nom de la ville de La Rochelle, manifester l'intérêt que porte la ville aux choses qui intéressent l'art, les lettres, les sciences, particulièrement représentées au Congrès de médecine mentale par de nombreux savants français et étrangers.

Dans la salle du Conseil municipal, la coupe de champagne en main, M. E. Delmas, aux applaudissements de tous, en termes éloquents, vient dire, au nom de la ville de La Rochelle, si illustre par les souvenirs anciens dont elle est fière à juste titre, combien il est heureux de venir saluer les médecins éminents qui ont bien voulu choisir La Rochelle comme siège de leur Congrès.

M. le D[r] Christian, Président du Congrès, prononce alors les paroles suivantes :

Monsieur le Maire,

« Je vous remercie, au nom du Congrès, des paroles si aimables avec lesquelles vous voulez bien nous accueillir. Assurément, il existe en France des villes plus importantes et plus considérables que La Rochelle, mais il n'en est pas qui aient un passé plus glorieux. Ici, dans cet hôtel-de-ville où vous nous recevez, nous sommes comme enveloppés par les souvenirs qui ont fait la gloire de votre cité. C'est ici que vos ancêtres ont juré de lutter jusqu'à la mort pour défendre un bien qu'ils considéraient comme le plus précieux de tous, la liberté de conscience : ils ont tenu leur serment... Vous avez hérité de toutes les nobles qualités de vos ancêtres ; vous avez leur esprit d'initiative, leur énergie, leur indomptable fermeté. Mais plus heureux qu'eux, vous n'avez à les déployer que dans des luttes pacifiques. Vous avez rêvé de rendre à La Rochelle son ancienne importance comme port sur l'Océan, vous ne manquerez pas d'y réussir. Et ce n'est pas seulement par vos navires que La Rochelle est illustre. Dans le livre d'or de votre cité vous pouvez, à côté de vos hardis navigateurs, inscrire des noms également glorieux dans les sciences, dans les lettres, dans les arts.

» Croyez-le, Monsieur le Maire, nous sommes heureux et flattés de voir avec quelle cordialité nous sommes reçus dans votre ville, et j'interprète certainement les sentiments de tous mes collègues en vous demandant la permission de boire à la prospérité de La Rochelle ! »

Le discours de M. le D[r] Christian est salué par les applaudissements

de l'assemblée qui, sous la direction de M. Couneau, dont l'amabilité est appréciée tout particulièrement par les dames du Congrès, visite ensuite les salles de l'hôtel-de-ville.

Pendant cette réception pleine de cordialité qui s'est prolongée pendant plusieurs heures, la musique municipale nous faisait entendre une série de morceaux choisis et à la sortie de l'hôtel-de-ville, la foule faisait un accueil des plus sympathiques à nos confrères Russes. L'Hymne russe est demandé à plusieurs reprises par la foule, mais nos confrères Russes ne cessent de réclamer la « Marseillaise » que la musique municipale doit exécuter un grand nombre de fois.

En sorte que notre Congrès médical a affirmé, en dehors même de son but exclusivement scientifique, les sympathies qui unissent la France à une nation amie.

Séance du 2 août (matin).

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr CHRISTIAN.

M. le Président, après lecture du procès-verbal de la dernière séance, ouvre la discussion sur le rapport de M. le Dr Cullerre :

Des faux témoignages chez les aliénés.

M. le Dr Cullerre, invité à prendre la parole, fait un exposé de la question (voir le rapport page 97 et les conclusions page 129).

La parole est ensuite donnée à M. le Dr Charpentier.

M. le Dr Charpentier (de Bicêtre). — La manière dont nous apprécions les affirmations de nos aliénés quand ils sont dans nos services, peut nous servir de guide pour apprécier leurs dépositions en justice.

Quand le fait qu'ils affirment devient absolument étranger à leur folie, quand il est sans rapport avec leurs idées de haine ou de vengeance contre leurs familles, le personnel de l'hôpital, ou les autres malades, nous y attachons une certaine créance, sauf les réserves que doit toujours faire un expert prudent.

Il est donc toujours sage qu'en toutes circonstances, le médecin soit consulté à propos du degré de créance qu'on doit apporter aux allégations des aliénés.

Cela s'applique aux aliénés pendant leurs intervalles lucides et aux aliénés sortis guéris.

Entre le moment où le sujet lucide ou guéri et celui où il va perdre sa lucidité ou retomber dans le délire, il existe un intervalle vague, difficile à préciser comme durée et parfois sans symptômes et il est possible que ce soit à ce moment que le témoignage soit invoqué, il est certain que si le délire devient manifeste quelques jours après, l'apparition de ce délire démontrera la valeur de la déposition.

Très souvent dans notre service nous avons recueilli des plaintes portées par des malades lucides et que nous étions disposés à croire fondées, ces plaintes n'étaient pourtant que le prélude d'une rechut

imminente et parfois constituaient le seul symptôme prémonitoire du retour de la crise.

Certains individus vicieux, non dégénérés, usent des auto-accusations pour se faire séquestrer, soit pour échapper à la misère, soit pour un autre motif.

J'ai connu un serviteur de l'hospice qui s'était vanté de se faire enfermer comme aliéné, le jour où il le voudrait. Après avoir quitté plus tard l'hôpital, il fut en effet enfermé, car il était venu demander à un poste de police qu'on voulut bien le séquestrer, car il était poussé par une impulsion irrésistible à me tuer ; inutile de dire que le dit sujet n'a pas fait un séjour prolongé dans l'hospice ; ce ne sont pas des dégénérés, à moins d'admettre une dégénérescence mentale toute hypothétique ; ce sont des vicieux avec appoint alcoolique, de même pour les hystériques persécuteurs ; tout comme M. Cullerre, je crois que chez certains de ces malades, le trouble du caractère et les fausses accusations ne relèvent pas toujours de l'hystérie, mais j'ajouterai qu'ils ne relèvent même pas de la dégénérescence.

Quant aux aliénés persécuteurs de mon service, je crois qu'il y en a de responsables, et d'autres qui ne le sont pas ou qui le sont moins ; je crois qu'il doit en être de même de la créance à leur accorder.

En tout cas la conclusion à déduire est que toute déposition faite par un individu aliéné lucide ou même ayant guéri devrait être précédée d'un certificat médical permettant d'éclairer sur la validité que l'on peut attacher à la déposition.

LES FAUX TÉMOIGNAGES DES ALIÉNÉS DEVANT LA JUSTICE.

Par M. le Dr Doutrebente, directeur-médecin de l'asile de Blois.

Parler du témoignage des aliénés pour savoir s'il est faux ou vrai, valable ou non, conscient ou inconscient, c'est peut-être, à mon sens, oiseux ou inutile.

Il ne s'agit pas, en effet, du témoignage d'un homme soupçonné d'aliénation mentale, mais du témoignage d'un aliéné. Au point de vue légal, le témoignage d'un aliéné est nul, peu importe qu'il soit faux ou vrai ; on ne peut accorder aucune créance aux affirmations d'un être privé de sa raison, puisqu'on lui refuse la capacité civile et que, de par la loi, on ne le rend pas responsable de ses actes.

Si l'aliéné est en liberté, il peut se faire qu'il soit témoin d'un délit ou d'un crime et dans ce cas, qui oserait ajouter foi à ses déclarations? Quel juré ou magistrat oserait prendre une décision, rendre un arrêt ou prononcer une condamnation ? Poser la question, c'est la résoudre.

Dans les asiles d'aliénés, où les malades sont dans des conditions favorables pour l'observation et l'étude, ils peuvent être connus à fond par le médecin traitant ; on peut alors, dans certains cas, et, pour des faits d'ordre intérieur, invoquer leur témoignage ; mais, que de précautions à prendre ! que de doutes à avoir, puisque le plus souvent, les fous, dits lucides, sont, de tous les malades, ceux dont le témoignage, les inventions, les racontars sont le plus à redouter !

M. C..., ancien fonctionnaire, a fait plusieurs séjours dans une maison de santé, il est âgé de 48 ans, c'est un homme intelligent et instruit, ancien hypochondriaque, persécuté, puis mégalomane, il en impose aux gens qui le voient pendant quelques heures et même plusieurs jours ; on le prend pour un homme sage et sain d'esprit. Interrogé, un jour, en présence du procureur de la République, à propos d'une demande à fin d'interdiction, il fit des réponses si satisfaisantes et se présentât d'une façon si correcte que ces deux magistrats se retirèrent désolés et navrés de savoir que nous conservions dans un asile d'aliénés un homme aussi correct et aussi raisonnable. Au

moment des derniers adieux et, sur le seuil de la porte, le malade s'adressant aux magistrats, qui ne m'avaient pas demandé d'intervenir, leur dit : « Je vois bien, Messieurs, que vous ne me connaissez pas, je suis le Christ ; il fallait le demander au directeur » et, alors, une fois lancé, M. C... dévida rapidement son chapelet de délirant systématisé, au grand étonnement des deux magistrats. Inutile d'ajouter qu'ils donnèrent un avis favorable à la demande d'interdiction.

M. B..., célibataire, 37 ans, persécuté dégénéré, a vécu depuis longtemps en nomade ; c'est un migrateur, ne se trouvant bien nulle part, puisque partout il trouve de nouveaux persécuteurs. Il se méfie de tout et de tous, et est en proie aux sensations les plus étranges. Les employés de l'asile le redoutent, ils le croient capable et, à juste titre, d'inventer les histoires les plus compromettantes, et cela, chaque jour. Au cours d'une visite prolongée, faite dans l'asile par le Préfet du département, M. B... se plaignit à haute voix d'avoir été, la veille, roué de coups par son gardien particulier. Devant une accusation aussi précise, le Préfet pria immédiatement le malade de quitter ses vêtements, afin de constater la trace des coups. Il n'y avait rien à voir, pas la moindre contusion, pas la moindre érosion cutanée et, comme le Préfet manifestait sa surprise, M. B... lui déclara qu'il en était toujours ainsi, qu'on le faisait parfois souffrir à distance et que son gardien le martyrisait, même à travers un mur. Ce persécuté-accusateur rend la vie impossible aux personnes de son entourage ; dans la pratique journalière, quelle confiance accorder à des affirmations aussi précises et faites avec la plus entière bonne foi ?

Mlle X..., 40 ans, héréditaire, dégénérée supérieure, hystérique, érotique et alcoolique à ses heures, enfin mégalomane fruste, incohérente aujourd'hui, avait autrefois des périodes de calme et de lucidité à durée variable pendant lesquelles elle racontait les choses les plus extraordinaires et les plus invraisemblables ; elle écrivait parfois aux autorités administratives et judiciaires d'une façon correcte et suivie; dans une de ces lettres, elle affirmait avec énergie et conviction que « depuis plus d'un an, on lui faisait endurer le supplice horrible de » coucher sur des chaînes en fer. » Une enquête eut lieu, la malade interrogée raconta qu'elle couchait encore sur des chaînes en fer et nous conduisit dans sa chambre et nous fit en effet remarquer la trame métallique du sommier de son lit ; mais, sur ce sommier, il y avait deux matelas de laine !

Dans ces deux derniers, il fut facile de reconnaître l'inanité d'accu-

sations précises, faites de sang froid et avec la plus grande apparence de sincérité.

Notre excellent rapporteur ne nous paraît pas avoir examiné la question du témoignage des aliénés pendant les intervalles lucides et cependant, s'il doit être question d'accepter comme valable le témoignage des aliénés, c'est seulement dans ce cas. En 1884 et 1886, j'ai publié dans les tomes X et XI de la Société des sciences et lettres de Loir-et-Cher un mémoire sur les intermissions, les moments lucides et, dans un certain nombre de cas, bien nets, j'admettais la capacité, le pouvoir de tester, etc.

Dans la folie à deux, enfin, il peut se faire que le sujet actif ait sur le sujet passif une action assez forte pour l'entraîner à faire, soit un faux témoignage, soit une accusation grave. En 1865, mourait à T... un vieux célibataire persécuté ayant peur des voleurs et craignant d'être empoisonné ; il avait fait de sa maison une véritable forteresse, les portes étaient bardées de chaînes et de serrures de sûreté. Depuis de longues années, on le savait atteint d'aliénation mentale ; mais, ce qu'on ne savait pas, c'est qu'il avait communiqué son délire à sa gouvernante ; celle-ci, persuadée que son maître avait été empoisonné, dénonça son neveu, l'unique héritier, honorable commerçant jouissant de l'estime publique.

Devant une accusation formulée par une personne saine d'esprit, au moins en apparence, l'exhumation fut ordonnée mais sans donner de résultat. La gouvernante n'en parût pas autrement étonnée ; mais elle donna à entendre que les experts pouvaient bien être de connivence avec l'accusé. C'était heureusement suffisant pour attirer l'attention du magistrat instructeur et l'examen de l'état mental de l'accusatrice fut confié à l'honorable Dr D..., qui était alors mon chef de service ; le Dr D... ayant acquis la conviction que la gouvernante était une persécutée passive à deux, une ordonnance de non-lieu fut rendue en faveur de l'accusé, que sa qualité d'unique héritier avait rendu suspect à bien des gens.

LES FAUX TÉMOIGNAGES CHEZ LES ÉPILEPTIQUES ET LES DÉGÉNÉRÉS

Par M. le Dr J. Voisin, médecin de la Salpêtrière.

Il y a un groupe de malades sur lequel M. le rapporteur n'a peut-être pas assez attiré l'attention. Je veux parler des épileptiques réputés sains d'esprit qui circulent dans la société, les individus présentent quelquefois, avant ou après, les accès du trouble mental parfaitement décrit par Jules Falret, sous le nom de petit mal mental. Pendant cette période qui peut durer 6, 8 et 15 jours, suivant les sujets, les malades ont des illusions et se livrent à de fausses interprétations, quoiqu'ils aient souvent l'apparence de la raison. Ils prennent une personne pour une autre et peuvent induire en erreur un juge d'instruction.

Les magistrats accordent trois jours à un épileptique pour se remettre de son indisposition, de son trouble mental. Cette durée de trois jours n'est pas suffisante.

Un autre fait peut se présenter. Un épileptique atteint de ce petit mal mental peut très bien donner des renseignements précis sur un fait délictueux commis devant lui ; mais cinq ou six jours après, à un nouvel interrogatoire du juge d'instruction, il niera ce qu'il a dit précédemment, il ne se rappellera de rien. Dans ce cas, il peut être pris pour un imposteur par le juge d'instruction, un menteur voulant cacher les faits dont il a été témoin et il peut être poursuivi comme faux témoin.

Ces deux états différents de l'épileptique doivent être bien connus et je crois qu'il serait bon, quand un témoin est reconnu épileptique, de n'admettre sa déposition que sous bénéfice d'examen ultérieur par un médecin.

Parmi les dégénérés, je connais un jeune homme, un grand artiste atteint *d'obsession, d'idées fixes*. Il se fait sans cesse des demandes sur telle ou telle chose. Dans un salon, ce jeune homme, au bout de quelques instants, s'isole pour ainsi dire, est accaparé par ses idées et quand dans la conversation il entend un mot qui a rapport avec ses idées intimes, il se l'approprie, et en tire des déductions le

plus souvent fausses. Aussi vous induira-t-il complètement en erreur le jour où vous lui demandez une explication sur ce qu'il a entendu. Ce jeune homme serait très dangereux dans une déposition. Il ferait une fausse déposition, croyant en faire une vraie.

Il y a un autre groupe de dégénérés qui mentent pour le plaisir de mal faire.

J'ai dans mon service à la Salpétrière, des enfants atteintes de perversité. J'ai entr'autres une fillette de quatre ans et demi et une autre de huit ans et demi qui ont fait croire à leurs parents qu'elles avaient des rapports intimes avec des jeunes gens et des hommes adultes et elles donnaient des descriptions différentes des organes génitaux de chacun de ces individus incriminés.

J'ai examiné ces deux enfants et toutes deux étaient vierges. La petite, âgée de quatre ans, passait son temps à examiner les personnes qui allaient dans les latrines.

L'autre m'a dit que le domestique de la maison où elle était lui déplaisait et qu'elle avait fait ce rapport mensonger pour l'ennuyer.

M. le Dr Briand (de Villejuif). — Il est intéressant de rappeler ici les dénonciations des aliénés atteints de « folie à deux » : ces dénonciations semblent d'autant plus véridiques qu'elles se corroborent. J'ai failli être victime d'une dénonciation de ce genre de la part d'une ancienne malade de mon service qui, d'accord avec son mari, m'avait poursuivi pour séquestration arbitraire.

INVENTIONS MENSONGÈRES RELATIVES A UN PRETENDU VIOL

RACONTÉES PAR UNE HYSTÉRIQUE

Par M. le Dr Auguste Voisin, médecin de la Salpétrière

Cette malade, âgée de 21 ans, est entrée en 1886 dans mon service pour de l'agitation maniaque de nature hystérique qui s'est montrée à la suite d'attaques hystériques à forme érotique.

Sous l'influence de bains, de traitement par la valériane et surtout de la suggestion hypnotique pratiquée deux fois par semaine, une amélioration progressive a été obtenue, et dès le printemps de l'année 1889, j'ai pu lui accorder des permissions de sortir avec sa mère pendant plusieurs jours à un mois.

Au retour de l'une de ces sorties, le 8 avril 1890, passant auprès d'elle, elle m'accoste et me dit d'un air doux et à voix basse : « Je vous dirai, M. Voisin, que je ne suis plus sage ».

En présence de mon étonnement et d'une question de ma part, elle me dit : Cela m'est arrivé la dernière fois que je suis sortie. Elle me raconte alors qu'un ancien élève du service, un grand blond qui est l'ami de l'amant de sa sœur est venu plusieurs fois sous les fenêtres du logement de sa mère, qu'il a trouvé moyen de lui parler dans la rue et qu'au bout de deux à trois fois elle lui a donné rendez-vous, qu'il l'a emmenée rue de la Perle, à Malakoff, près du logement de sa mère, qu'il l'a entraînée sous un hangar et que là il a consommé l'acte ; que le lendemain à 6 heures elle y est retournée et que pendant la consommation de l'acte, sa mère est venue les surprendre.

Ce récit m'a été fait d'une façon tellement véridique en apparence que je recommandai de faire venir la mère au plus tôt. Lui ayant raconté le récit de sa fille, elle déclare qu'il n'y a rien de vrai, qu'elle ne l'a pas quittée un seul moment et ne l'a surprise avec personne.

Avec l'autorisation de sa mère présente et sans qu'elle fasse la moindre opposition je l'endors par le chloroforme et je m'assure qu'elle n'a pas été déflorée.

Quelques jours après, à ma question pourquoi elle m'avait raconté une scène de viol qui aurait été commis sur elle alors que c'était absolument faux, elle me déclare qu'elle regrette ce qu'elle avait dit et que c'était une invention de sa part, et qu'elle n'est pas la seule jeune fille qui raconte des choses qui ne sont pas.

Elle n'a pas eu de rêve dans lequel elle aurait cru être violée.

LES FAUX TÉMOIGNAGES

CHEZ LES PERSÉCUTÉS, LES DÉBILES, LES HYSTÉRIQUES ET LES SÉNILES

Par M. le Dr Mabille (de La Rochelle).

Il serait, je crois, difficile d'apporter des contradictions réelles à l'œuvre du distingué rapporteur M. le Dr Cullerre.

La précision qu'il a apportée dans sa description et l'esprit clinique qui donne un caractère si spécial à son travail, indiquent suffisamment que le rôle de ceux qui prennent part à la discussion doit se limiter d'une façon à peu près absolue, à venir étayer par des exemples la théorie qu'il a soutenue.

Je viens donc apporter ici quelques faits qu'il m'a été donné d'observer :

C'est d'abord l'histoire d'une femme G..., femme B... Cette femme avait été admise une première fois à l'asile de Lafond en 1877. Elle était alors âgée de 27 ans et son aliénation, d'après le dossier, était caractérisée par des accès violents pendant lesquels elle menaçait de tuer les personnes de son entourage, aliénation à forme intermittente. Elle prétendait qu'elle devait changer de mari. Pas d'hérédité signalée. Elle sortit quelques mois après de l'asile et fut considérée comme guérie.

Dix ans plus tard, M. le Juge d'instruction de La Rochelle dut ouvrir une information contre son mari, accusé par la femme B... et les voisins de scènes contre sa femme et de séquestration arbitraire. La femme B... se disait victime de mauvais traitements de la part de son mari qui la tenait constamment enfermée et la faisait passer pour folle.

Le mari fut poursuivi. Mais bientôt M. le Juge d'instruction, dans sa clairvoyance, s'aperçut bien vite du trouble mental de la femme B... Il voulut bien me charger de procéder à un examen médico-légal et je n'eus pas de peine à démontrer le trouble profond des facultés de l'accusatrice. Le mari fut relaxé.

La femme B... est, en effet, atteinte de troubles de la sensibilité générale et spéciale. Elle entend Dieu, le voit ; elle est persécutée par tout le monde, notamment par son mari qui pratique sur elle le souterrinage et le chauffage ; elle a des hallucinations de l'odorat, des illusions afférentes à la sphère génitale ; au moment du coït elle percevait une sensation de brûlure, ce qui lui fait croire que son mari est le diable.

Actuellement, elle se dit la sainte Vierge, elle est impératrice tutrice, Dieu est son grand père, elle a des richesses fort grandes; elle présente en outre un abaissement notable de la température aux extrémités et actuellement il suffit de lui parler quelques instants pour s'apercevoir que le niveau intellectuel a baissé. Elle n'en continue pas moins à être fort difficile et à accuser les personnes qui l'entourent de méfaits répétés.

2° Le nommé P..., accusé d'incendie volontaire, ne trouve rien de mieux que d'accuser un homme fort honorable de son pays de l'avoir payé pour allumer des incendies.

Dans cette circonstance encore, M. le Juge d'instruction eut des doutes et un examen médico-légal dont je fus chargé démontra, après aveu de l'inculpé, que l'accusation était absolument mensongère.

Or, P... est atteint d'imbécillité avec déformation crânienne et paroxysmes d'excitation. Menteur et trompeur, accusant souvent les malades et le personnel, peu s'en est fallu qu'il fasse porter sur d'autres personnes le poids de sa faute.

J'ajouterai que trois à quatre fois par an, le nommé P... tombe dans un état spécial, pendant lequel il commet des actes de violence sur ses compagnons, déchire ses vêtements, brise les objets, et que dans ces périodes, cet homme généralement calme, tend à mettre le feu, à ce moment il est absolument dangereux.

3° Je pourrais certainement signaler plusieurs faits de malades atteints de folie à double forme qui dans leurs périodes de calme en imposent à tous.

A ce moment, les malades de ce genre sont un danger en raison de leurs accusations répétées pour les médecins et le personnel. C'est ainsi que L... qui, ainsi que l'indique bien sa photographie, tombe pendant plusieurs mois dans des accès violents d'excitation avec idées de grandeur et désordre complet des actes, ne cesse, dans les moments intermédiaires, entre la raison et l'aliénation flagrante, de dénoncer le personnel; les médecins et les gardiens sont l'objet constant de ses persécutions. Un malade vient-il à mourir, vite il accuse les gardiens de l'avoir tué, les médecins de l'avoir empoisonné et son plus grand plaisir est, il me l'a avoué plus d'une fois, de dresser suivant son expression « les idiots de tous les services » afin d'obtenir d'eux, à un moment donné, des dépositions devant la justice, ce qu'il n'a pas manqué de faire à l'asile de Ville-Evrard, dans le service d'un de nos confrères les plus estimés, le Dr Espiau de Lamaëstre.

4° J'ai eu à observer aussi un certain nombre de persécutés persécuteurs (type Falret-Pottier.)

Ces aliénés, on le sait, paraissent ne présenter aucune hallucination de l'ouïe. Ils se bornent à accuser tout le monde, à poursuivre telle ou telle personne de leurs récriminations.

Ce sont des aliénés dangereux et leur apparence de raison et la déduction de leurs raisonnements met dans l'embarras bien souvent juges, magistrats et médecins. Mais ce type d'aliénation est devenu en quelque sorte trop classique pour que je considère comme nécessaire d'en faire à nouveau un portrait imparfait.

C'est un malade de ce genre que j'ai eu à examiner il y a quelques années et dont j'ai publié l'observation in *Archives de neurologie.*

Cet homme accusait les gardiens des prisons, les chefs de maisons d'arrêt, de faits inavouables, et pour se faire rendre justice, alors qu'on s'était vu forcé de se priver de ses services, il alla jusqu'à menacer de mort le Président du Tribunal civil de La Rochelle.

5° Permettez-moi, Messieurs, à propos d'une observation récente d'une malade de mon service, de relater quelques particularités sur l'adélation chez les hystériques.

C'est l'histoire d'une jeune fille entrée en décembre 1892.

A ce moment hallucinations terrifiantes ; elle voit des cercueils, des cadavres ; hypéresthésie à droite ; points sus et sous-mammaires ; anesthésie à gauche aux membres supérieurs et inférieurs. Pupilles dilatées. Elle tient des clefs qu'elle dit être les clefs de saint Pierre, deux poupées qu'elle appelle ses filles, fait danser un morceau d'étoupe qu'elle dit ressembler à un ours, tient des feuilles de sparadrap qu'elle croit être des titres de rente légués par sa maîtresse. Elle prend des attitudes théâtrales. Trois jours après son admission se déclare une variole confluente qui nécessite son admission au pavillon d'isolement.

Aussitôt l'apparition de l'affection aiguë la crise cesse, mais dans la convalescence ces mêmes crises reparaissent.

Mais le fait que je tiendrai à vous signaler est celui-ci :

Au milieu de son excitation, G... raconte que son père a tué son frère. Elle donne tous les détails du crime. Elle cache au pied d'un arbre le couteau ensanglanté qui a servi au meurtre ; à côté du couteau se trouvent les portraits de sa grand'mère et son frère André, celui que son père a frappé en pleine poitrine d'un coup de couteau.

En dehors même des crises, G... éprouve une répulsion insurmontable pour son père ; elle résiste aux médecins, craint de leur livrer

son secret qu'elle ne confie qu'à la sœur du service et au sortir de sa crise, elle s'informe auprès de la sœur et des malades des paroles qu'elle a pu prononcer.

Elle veut savoir si on a retenu quelque chose de ses révélations, donc, comme on le voit, à l'état de la veille, elle n'a pas perdu tout à fait le souvenir, mais, chose curieuse dans ses bonnes périodes, il n'y a chez G... ni zone hystérogène, ni rétrécissement concentrique du champ visuel.

Ainsi chez Mlle G... la crise hystérique consiste surtout en une période de délire hallucinatoire; les accès convulsifs restent inaperçus.

La crise hystérique est en quelque sorte chez la malade une crise avortée ou plutôt c'est une crise à laquelle manquent les signes ordinaires de la période convulsive de la grande hystérie.

Dans l'espèce, les dénonciations de Mlle G... sont d'autant plus faciles à dépister, que son père n'ayant jamais eu de fils, il devient matériellement impossible qu'il ait pu le frapper d'un coup de couteau.

Cette jeune malade est sortie récemment de l'asile fort améliorée.

6° Il est aussi une certaine catégorie de malades sur lesquels M. Cullerre a appelé l'attention et que j'ai eu l'occasion d'observer depuis quelques années avec une fréquence extrême.

Je veux parler des *aliénés séniles.*

Ces séniles portent souvent les accusations les plus diverses sur leur entourage.

Mais ce qui me semble caractériser surtout le délire, c'est la tendance qu'ils ont d'accuser tout le monde de les voler, de les dépouiller. Quelques-unes de mes malades prétendent même que M. X..., que M. Y... a voulu les violer.

Je pourrais fournir des exemples nombreux de ces dénonciations chez les séniles. Tout récemment même, on amenait à l'asile un de ces aliénés qui avait voulu tuer d'un coup de fusil les personnes qui l'avaient dépouillé d'une propriété qu'il croyait lui avoir été léguée par héritage il y a plus de 40 ans.

Il m'a semblé qu'au point de vue médico-légal il est bon d'insister sur les dénonciations que peuvent commettre les aliénés appartenant à ce groupe. On les *vole*, on les *viole.*

Souvent, au point de vue clinique, leurs récits sont empreints d'une puérilité extrême, mais parfois aussi, comme j'en ai cité des exemples dans un travail récent sur la folie des vieillards, en collaboration avec le Dr E. Lallemant, leurs récits peuvent en imposer et faire croire à la réalité des faits articulés.

La connaissance de tous les faits du même genre me paraît devoir bien souvent rendre moins ardue la tâche du magistrat instructeur.

M. le Dr Christian (de Charenton) déplore la facilité avec laquelle les autorités compétentes accueillent parfois les dénonciations des malades les plus extraordinaires, il rappelle le cas de ce malade mort d'étranglement interne à l'asile clinique, pour lequel une enquête fut faite, un autre aliéné ayant dénoncé l'interne du service comme l'ayant étranglé.

M. le Dr Mabille (de La Rochelle) insiste sur la persistance possible des images hallucinatoires de certains alcooliques qui persistent dans leurs témoignages erronés assez longtemps après l'accès délirant.

M. le Dr Cullerre (de La Roche-sur-Yon).— Les exemples que plusieurs de nos collègues viennent de citer mettent bien en relief l'importance médico-légale de la question du témoignage des aliénés. Les accusations mensongères de ces malades sont plus souvent qu'on ne serait disposé à le croire, suivies des conséquences judiciaires les plus fâcheuses. Des innocents sont poursuivis, emprisonnés, condamnés à des peines déshonorantes. M. Rouby, l'année dernière, au congrès de Blois, citait l'exemple d'une aliénée raisonnante qui fit poursuivre ses domestiques et fit condamner l'un d'eux à la prison pour des vols supposés.

J'ai omis de parler dans mon rapport du témoignage des épileptiques et des individus qui font de la folie à deux. Je remercie MM. J. Voisin et Briand d'avoir comblé cette lacune. L'état mental d'un certain nombre d'épileptiques, même dans la période interparoxystique, se rapproche beaucoup de celui des persécutés raisonnants et peut les pousser à des dénonciations mensongères. De même les troubles délirants qui relèvent de l'attaque peuvent avoir une durée beaucoup plus longue qu'on ne le suppose d'habitude, comme vient de l'observer avec raison M. J. Voisin, et je reconnais avec lui qu'il y a de ce chef, un vrai danger au point de vue du témoignage, l'épileptique pouvant, sous l'influence de cet état mental, formuler des accusations mensongères analogues à celles des hystériques.

M. le Dr Briand (de Villejuif) propose au Congrès d'émettre le vœu que « *les autorités compétentes n'acceptent qu'avec la plus grande réserve le témoignage des aliénés.* » Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à 11 heures.

Visite de l'hospice Saint-Louis.

Avant la séance du soir les membres du congrès ont visité l'hospice Saint-Louis de La Rochelle.

M. Deforge, président de la commission administrative des hospices, entouré des membres de la commission et de tous les médecins et chirurgiens de l'hospice, souhaite en termes éloquents la bienvenue aux membres du congrès de médecine mentale.

Il leur présente la charte de fondation signée par Louis XIV, puis faisant le tour des divers services de l'hôpital, montre aux congressistes les progrès réalisés par l'administration des hospices au point de vue de l'hygiène et notamment le pavillon d'isolement, construit pour les contagieux.

Séance du 2 août (soir).

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr DOUTREBENTE

VICE-PRÉSIDENT.

DES SOCIÉTÉS DE PATRONAGE.

M. le Dr GIRAUD expose son rapport sur les sociétés de patronage des aliénés sortant des asiles.

(Voir le rapport page 133 et les conclusions page 286).

M. le Dr BOURNEVILLE (de Paris) tient à remercier tout d'abord M. Giraud de l'appréciation bienveillante de ses rapports antérieurs et constate que M. Giraud a de nouveau mis la question au point. Les réponses de médecins aliénistes français consultés sur l'utilité de la création des sociétés de patronage sont d'un grand intérêt. Toutefois c'est avec regret que nous avons vu qu'un certain nombre de nos collègues avaient répondu que le besoin d'une société de patronage ne se faisait pas sentir dans leur département. Que de telles réponses soient faites par des commissions administratives, composées de braves gens, animés de bonnes intentions, mais trop souvent incompétents et ne cherchant pas assez, par la lecture des publications spéciales et par la visite des asiles, à se mettre au courant de l'organisation des asiles, de telles réponses, répéterons-nous, ne nous auraient pas surpris. Pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'ils n'aient rien lu de ce qui a été écrit sur cette question. Qu'ils ignorent les rapports annuels de l'œuvre de la Salpêtrière, cela se conçoit, puisqu'ils ne sont distribués qu'aux membres de l'œuvre. Mais il y a eu des communications au Congrès international d'assistance publique de 1889, au Congrès international de médecine mentale de la même année sur la création des sociétés de patronage. Tous les médecins des asiles auraient dû recevoir notre rapport au conseil supérieur de l'assistance publique. M. le rapporteur nous apprend qu'ils ne l'ont pas reçu et que l'administration s'est bornée à l'envoi d'une circulaire et du procès-verbal de la discussion. Si cet oubli explique les réponses peu enthousiastes de quelques-uns de nos collègues, il témoigne aussi de la negligence de l'administration supérieure qui, en ce cas, semble avoir obéi à un sentiment mesquin et agi à l'encontre de l'intérêt public.

Si nos collègues avaient lu ce document, ils auraient vu, et nous avons insisté maintes fois sur ce point, que les sociétés de patronage

n'ont pas seulement pour but de procurer du travail aux malades sortants, mais qu'elles poursuivent encore d'autres buts. Ces buts sont bien mis en relief dans le rapport de M. Giraud. Eclairer le peuple sur les causes, la nature, le traitement de l'aliénation mentale, rapports des familles avec les malades pendant l'internement ; faciliter l'entrée rapide des malades dans les asiles ; secours aux malades sortants ; encourager et aider les familles pendant le placement ; statistique plus précise des aliénés ; conférences populaires pour dissiper les préjugés relatifs aux aliénés sans asiles, etc.

N'y a-t-il pas dans cette tâche à remplir une œuvre sérieuse, une œuvre humanitaire, d'une utilité incontestable aussi au point de vue économique puisqu'elle peut donner plus de guérisons en aidant à un prompt placement et qu'elle permet d'envoyer, avec plus de sécurité, les malades en congé d'essai de sortie dans leurs familles. C'est précisément par des interventions et des créations de ce genre que notre profession s'élève au-dessus des autres et que nous ne sommes pas de simples commerçants ou de simples industriels.

Bientôt, après la lecture du rapport de MM. Giraud et Ladame, ainsi que du procès-verbal de la discussion en cours, nos collègues mieux éclairés, entreprendront partout, nous l'espérons, l'organisation des sociétés de patronage en appropriant les statuts aux besoins de leur région.

Avant de terminer, qu'il nous soit permis d'insister sur les heureuses conséquences des conférences populaires faites par les membres des sociétés de patronage, surtout en Suisse et pour cela nous citerons le passage du rapport de M. Giraud qui a trait à la Société du canton d'Appenzell :

« Cette société a poursuivi son but avec persévérance et a fini par triompher de toutes les difficultés en intéressant le peuple à la création d'un asile cantonal et en lui démontrant la nécessité de cette création. Le caractère essentiel de cette société c'est d'avoir réussi à pénétrer dans toutes les communes du canton et dans toutes les couches de population.

La société appenzelloise de secours aux aliénés est vraiment populaire dans le meilleur sens du mot. »

Ce qui a été fait dans le canton d'Appenzell nous semble favorable et bon dans nos départements, même les plus agricoles. Et c'est avec raison que M. Giraud a formulé sa seconde conclusion, à savoir « qu'une société de patronage pour les aliénés sortants est toujours possible. »

Rapport présenté le 30 décembre 1892 à la Commission départementale de la Charente-Inférieure.

Par M. le Dr Toutant, membre de cette Commission.

M. le Préfet informe la Commission départementale que le Ministre de l'Intérieur, dans sa circulaire en date du 9 février 1892, a appelé son attention sur l'utilité qu'il y aurait à créer dans les départements des sociétés de patronage ; à la circulaire sont jointes les notes de M. le Dr Mabille, médecin en chef, directeur de l'asile de Lafond.

M. le Ministre dit qu'il arrive souvent que les médecins des asiles hésitent à provoquer la mise en liberté d'individus, dont l'état mental est assez amélioré pour rendre inutile leur maintien en traitement, qu'ils considèrent comme guéris, dans la crainte que, livrés à eux-mêmes, sans surveillance, souvent sans ressources, ces malheureux reprennent des habitudes d'existence qui ont été parfois la cause déterminante de leurs maladies et ne peuvent se procurer du travail par suite des préventions auxquelles sont en butte les personnes ayant passé par un établissement d'aliénés.

M. le Ministre se préoccupe depuis longtemps de remédier à cette situation par l'intervention des Sociétés de patronage dont l'œuvre consisterait à surveiller et aider l'aliéné pendant les premières phases de son retour à la vie commune.

I. Le Conseil supérieur émet le vœu qu'il existe dans chaque département une ou plusieurs sociétés de patronage chargées de seconder les malades à leur sortie des établissements d'aliénés publics ou privés et que le Ministre, dans une circulaire aux Préfets, invite ceux-ci à favoriser par tous les moyens la création de ces sociétés.

II. Les Sociétés de patronage viendront en aide aux aliénés convalescents par les moyens suivants : Secours en argent, linge, vêtements, outils (ces secours pourront être hebdomadaires, mensuels, trimestriels), dégagement des objets mis au Mont-de Piété, paiement de loyer, placement des malades dans des asiles de convalescence, dans des cottages intermédiaires entre l'internement complet et la vie libre, ou encore, s'il y a lieu, dans les hospices, placement définitif dans les ateliers et les maisons de commerce, d'agriculture, etc., surveillance de l'aliéné guéri dans la place où il est occupé.

III. Il y a intérêt à établir un lien entre les différentes Sociétés de patronage.

IV. Les Sociétés de patronage peuvent être autorisées à toucher le pécule de sortie de l'aliéné, de façon à le lui remettre en temps utile et au besoin par fractions. M. le Ministre ajoute que ces résolutions du Conseil sont de tout point conformes à sa manière de voir et sollicite de M. le Préfet, sur la question de l'organisation des Sociétés de patronage, à se conformer à un de ces vœux en appelant toute sa sollicitude pour la protection des aliénés sortant des asiles.

M. le Ministre s'associant aux regrets exprimés dans le rapport présenté au Conseil supérieur et reproduit dans le fascicule 36 des travaux de cette assemblée, attache la plus sérieuse importance à la recherche des éléments d'organisation des Sociétés de patronage trop peu nombreuses en France, il demande quelles ressources particulières peut présenter, à cet égard, notre département, comme aussi quelles causes spéciales d'insuccès la tentative pourrait être exposée à y rencontrer.

Dans son rapport, M. le Dr Mabille entrevoit des difficultés.

1° Le plus grand nombre des aliénés du département vient des communes rurales et y retourne après guérison ou amélioration, en sorte qu'il serait difficile d'exercer sur cette catégorie une action véritable, il serait donc nécessaire, dans ce cas, de créer des sous-comités.

2° Lorsqu'un des anciens pensionnaires a recouvré la raison, son premier soin à sa sortie est d'éviter qu'on puisse connaître le trouble antérieur de ses facultés qui a motivé sa séquestration, un certain nombre n'accepte qu'avec peine qu'on fasse part à ceux qui pourront l'employer, des causes qui ont motivé son internement, ce serait dans un grand nombre de cas l'empêcher de trouver de l'occupation par suite des préjugés, la surveillance chez le patron ne serait pas facilement acceptée par l'ancien aliéné et les personnes charitables chargées de cette surveillance pourraient craindre une vengeance ; à mon avis, dit M. Mabille, les comités de patronage seront surtout excellents s'ils se bornent à réunir dans une caisse centrale des fonds qui seraient distribués à la sortie des anciens malades. Secours en argent ou en nature, placement provisoire dans les hospices, renseignements spéciaux et indication aux intéressés concernant les industries diverses où il leur sera possible de trouver un travail rémunérateur, sans toutefois que la Société de patronage, par ses révélations, marque en quelque sorte d'un sceau spécial l'ancien aliéné, tels sont, je crois, les principaux services qu'une Société de patronage pourrait

rendre. M. Mabille parle d'emprunter à l'organisation de la Seine les principaux détails de fonctionnement d'une Société de patronage ; la presse, ajoute-t-il, appellerait avec fruit l'attention du public sur cette œuvre humanitaire destinée à combler une lacune importante dans notre législation sanitaire.

Après avoir pris connaissance du dossier et après une discussion à laquelle tous les membres ont pris part, la Commission émet l'avis qu'il y a lieu de créer dans le département une Société de patronage pour les aliénés sortis améliorés ou guéris de l'asile de Lafond ; les avantages dont bénéficieront les pensionnaires sortant de l'asile, compenseront dans une large mesure les quelques inconvénients qui, dans certains cas, pourraient résulter de la divulgation des antécédents des clients de la Société de patronage, d'autant plus qu'il est possible par un bon choix des membres élus des comités et sous-comités, sinon d'annihiler, tout au moins d'atténuer en grande partie ces inconvénients ; dans tous les cas, c'est au Conseil général qui sera saisi de la question au mois d'avril prochain, de décider la règlementation de la Société de patronage. C'est au Conseil général qu'il appartient de fixer le nombre des comités et sous-comités, de dire si on doit se contenter d'un conseil d'administration ou comité central siégeant au chef-lieu, ou bien s'il juge utile la création de sous-comités dans les arrondissements et même dans les cantons.

Suivent les douze articles légèrement modifiés, dont le texte se trouve dans les statuts imprimés de la Société de patronage de la Seine, fondée à Paris en 1892 ; ils peuvent, croyons-nous, s'adapter à la société qu'il s'agit de créer dans le département. A ces douze articles il conviendrait d'en ajouter au moins un, concernant la création de sous-comités d'arrondissement et de canton, sans lesquels, d'après notre manière de voir, la Société pourrait difficilement fonctionner. Comment le conseil d'administration pourra-t-il être exactement renseigné sur la situation réelle des infortunés placés sous son patronage ? Il en est que les hasards des placements peuvent faire résider à une grande distance du chef-lieu du département, à 170, 180 kilomètres et davantage, dans ces conditions exceptionnelles et même à des distances moins considérables, le concours de correspondants actifs et dévoués, demeurant dans la même localité, nous paraît indispensable pour le bon fonctionnement de la Société à créer.

Si l'on désire que les aliénés sortis des asiles soient protégés d'une manière efficace, il faut que la distance à parcourir par la personne qui voudra bien s'en charger, ne soit pas trop grande, c'est par la

création de comités d'arrondissement en relations avec les comités de canton rayonnant eux-mêmes dans les communes que l'on pourra atteindre ce but. Le conseil d'administration se trouvera dans les meilleures conditions pour être exactement renseigné sur tous les incidents pouvant surgir, il lui sera plus facile d'exercer son contrôle sur certaines demandes ne présentant pas un caractère d'urgence.

La difficulté de trouver un personnel intelligent et instruit pour former ces comités ne me paraît pas insurmontable. Depuis une vingtaine d'années, grâce à la sollicitude du Parlement qui n'a rien épargné, le niveau de l'instruction s'est élevé ; dans presque toutes nos communes les personnes instruites sont loin d'être rares, il sera donc possible, pensons-nous, d'en trouver quelques-unes désintéressées et charitables qui tiendront à honneur de prêter leur concours pour le bon fonctionnement de cette œuvre essentiellement humanitaire.

Si la Société de patronage était organisée comme nous venons de l'indiquer, pas de déplacement parfois onéreux, pour les personnes qui auraient assumé cette charge, elles pourraient visiter aussi souvent qu'elles le jugeraient nécessaire leurs protégés, elles agiraient sur leur moral, les réconforteraient par de bonnes paroles, se rendraient un compte exact de leurs besoins les plus urgents et, indépendamment de la satisfaction intime que donne la certitude d'avoir coopéré à une bonne œuvre, auraient celle de les soulager plus promptement, en leur distribuant les secours que le conseil d'administration s'empresserait de leur faire parvenir, après avoir pris, s'il y avait lieu, l'avis du comité d'arrondissement.

Les philanthropes qui voudront bien accepter cette mission aussi honorable qu'importante, seront bien placés pour combattre certains préjugés encore trop enracinés dans nos campagnes. En ayant soin de faire tomber la conversation sur ce sujet, dans leurs fréquents entretiens avec leurs concitoyens, ils finiront par saper peu à peu, celui qui est encore admis par bon nombre de villageois, éloignés des grands centres, vivant tout à fait en dehors du mouvement scientifique, ils sont dans l'impossibilité de se rendre compte des immenses progrès réalisés dans ces dernières années par nos éminents aliénistes, ils ne croient pas à l'efficacité des traitements rationnels usités dans nos asiles et continuent à considérer l'aliénation mentale comme une affection incurable.

M. le Dr Charpentier (de Bicêtre). — Des nombreux document

contenus dans le rapport sur le patronage des aliénés il est possible de tirer deux conclusions que je n'ai pas trouvées dans le résumé de M. Giraud.

Si l'on réunit les asiles d'aliénés qui ont fourni des réponses négatives quant à l'utilité des sociétés de patronage, on voit que ces asiles appartiennent à des localités où la charité est très multipliée et répartie en de nombreuses sociétés, religieuses pour la plupart et s'occupant de soulager les misères respectives, mais sans s'attacher spécialement aux aliénés.

En second lieu, si l'on compare les asiles où les sociétés de patronage existent réellement et prospèrent aux sociétés qui n'ont encore que des statuts ou des projets, on voit que les premières présentent des cotisations faibles des membres très nombreux, un capital déjà sérieux et se sont occupées de poursuivre le but essentiellement publique de secourir les aliénés sans s'occuper des questions accessoires, telles que l'organisation de conférences sur l'aliénation mentale.

M. Giraud a omis de résumer ce qui s'était passé au Congrès international d'assistance publique en 1889 et à la société d'assistance publique ainsi que la part qu'y avaient prise MM. Donnat, Bourneville et nous-même ; il nous a très bien exposé les travaux du conseil supérieur d'assistance publique près le Ministère de l'Intérieur et le rapport détaillé de M. Bourneville, mais il n'a pas fait ressortir le contraste entre l'importance de ces travaux et le peu d'efforts faits au conseil général de la Seine, qui s'occupe cependant de la question depuis quatre ans.

Celui-ci s'est trouvé à nommer une commission d'études qui offrait cette particularité étonnante de ne contenir dans son sein ni médecin aliéniste, ni directeur de maison d'aliénés. Aussi n'est-il pas étonnant de la voir aboutir à la création rue de Charenton et rue Fressard de refuges dans lesquels pendant cinq jours séjourneront les aliénés sortis guéris, temps à l'expiration duquel, ils ont dû trouver un emploi, généralement ils n'en trouvent pas et nous reviennent promptement.

Je désire ajouter quelques remarques sur deux points touchant ces sociétés de patronage dans le cas où elles fonctionneraient.

Je suis d'avis que de telles sociétés ne doivent pas cacher l'existence de la maladie ancienne aux personnes qui consentent à faire travailler celui-ci quand il est guéri, cela évite les surprises, permet mieux d'apprécier le sujet et de se prémunir quand au retour possible des

rechutes ; enfin je suis d'avis qu'il ne faut pas donner d argent à l'aliéné qui sort guéri de l'asile ; qu'on lui fournisse des outils, des vêtements, des vivres, un local, qu'on acquitte son loyer ou qu'on dégage les objets mis en gage au mont de piété, c'est possible, mais l'argent est trop facile à dépenser inutilement quand il tombe entre les mains de gens qui depuis longtemps en sont privés.

M. le Dr Bourneville (de Paris). — Le conseil général de la Seine n'a pas perdu de vue le devoir qui s'impose à lui. Déjà les aliénés sortants disposent de l'asile de la rue de Charenton, et les femmes de l'asile de la rue Fressard ; les unes et les autres du legs d'André et d'une subvention de 500 francs par asile. Tout fait espérer que le conseil général se préoccupera prochainement d'une façon sérieuse de la création d'une société laïque de patronage pour ses aliénés sortants.

M. Charpentier a critiqué les conférences populaires. Nous ne partageons pas cet avis et le titre de quelques-unes de ces conférences nous fournira une réponse péremptoire. Les aliénés et les asiles d'aliénés ; — Nécessité des asiles ; — Les causes des maladies mentales ; — Conduite à tenir vis-à-vis des aliénés ; — La question de l'alcool ; — De l'occupation des aliénés dans les asiles ; — Rapports des parents avec le malade pendant son internement dans l'asile ; — le traitement des aliénés dans les familles, etc.

Qui contestera l'utilité des conférences populaires sur de tels sujets? Nous les croyons utiles, pratiques et il est facile aux membres des sociétés de patronage de faire tous les ans dans chaque chef-lieu de canton des conférences qui rendront services aux malades, aux asiles et même aux médecins.

M. le Dr Giraud fait observer que ces conférences se font sous forme de sermons de charité dans la société du type que défend M. Charpentier ; il ne voit pas pourquoi une propagande laïque ne donnerait pas les mêmes résultats comme propagation des idées philanthropiques et recrutement d'adhérents.

M. Mabille, secrétaire général, lit, au nom de M. Pons, le travail suivant :

NOTE SUR LE PATRONAGE DES ALIÉNÉS SORTIS GUÉRIS DES ASILES

par M. le Dr J. Pons (de Bordeaux).

C'est dans notre pays qu'a pris naissance l'idée de la protection des aliénés guéris à leur sortie des asiles.

Dès l'année 1842, cette forme d'assistance fonctionnait dans le Haut-Rhin, au profit des aliénés de Stephansfeld. D'autres efforts ont été tentés plus tard dans le nord et il faut mentionner la belle entreprise si bien conduite dans le Finistère par M. le docteur Baume.

En 1849, les aliénées de la Salpêtrière doivent au docteur Falret père la fondation de l'asile-ouvroir de Grenelle. On reproche à cet établissement de charité de n'être utile qu'à une certaine catégorie de malades et de se distinguer par un esprit d'exclusivisme religieux qui s'accorde mal avec les tendances libérales du siècle. L'œuvre de l'illustre aliéniste n'est pas moins admirable. Elle méritait d'avoir des imitateurs à Paris et l'on peut s'étonner que des fondations similaires, conçues dans des vues plus larges, ne l'aient pas suivie, sous l'impulsion des philanthropes indépendants de notre époque.

L'Angleterre possède aussi son œuvre du patronage. Elle est d'origine plus récente. Il y a une vingtaine d'années, le révérend Hawkings, aumônier de l'asile de Colney Hatch, en des écrits ardents et pleins d'éloquence, faisait appel aux personnes notables de son pays et les conviait à se grouper dans l'intérêt des pauvres abandonnés.

En 1879, les docteurs Hockhart Robertson, Bucknill et Hack Tuke jetaient les bases d'une association qui devait bientôt recruter dans son sein nombre de personnalités éminentes comme lords Shaftesbury, Brabazon, Costelloc, etc. L'assistance anglaise a été féconde en résultats. Depuis 1886, cent aliénés environ, sortis de 19 asiles, ont pu être secourus.

Si nous ajoutons aux œuvres ci-dessus mentionnées le patronage suisse qui est exclusivement pécuniaire, nous aurons résumé ce qui a été fait dans le monde entier pour la protection des aliénés guéris.

En France, les efforts ont été nombreux mais isolés. Ils n'ont pas

donné le résultat qu'on ne peut attendre que d'une collectivité importante de bienfaiteurs. L'exposition de 1889 a provoqué la réunion de nombreux congrès et le patronage des aliénés était une question dont l'étude s'imposait aux philanthropes. Le contact des opinions devait-il la faire entrer dans une voie pratique et sûre? Il n'en a rien été et plus de trois ans sont écoulés sans qu'aucun essai d'organisation ait encore été tenté.

Cependant les congressistes étaient d'accord sur le principe. Les aliénés guéris, véritables débiles, non armés suffisamment pour les luttes de l'existence, doivent être aidés, soutenus, encouragés à leur sortie. Il convient de les préserver par des secours matériels des atteintes immédiates de la misère. Ils ne doivent pas avoir à chercher les moyens de vivre ; on doit mettre à leur portée un labeur facile. Il faut enfin leur éviter, dans la mesure du possible, ces secousses morales qui sont si fréquemment une cause de rechute.

Mais il fallait s'entendre sur les voies et moyens. Or, l'on ne saurait affirmer, en lisant les vœux exprimés par les rapporteurs, les ordres du jour qui les ont appuyés, les critiques nombreuses qu'ils ont soulevées, que les congrès aient trouvé la formule invariable et définitive de ce que j'appellerai la procédure du patronage. Les vœux et les ordres du jour sont demeurés stériles et l'on doit en conclure ou bien que la folie est une infortune moins intéressante que les autres ou que les idées qui se sont fait jour n'ont pas réussi à s'imposer.

La première pensée est peut-être vraie, mais il est inutile de s'y arrêter si l'on peut démontrer que la seconde hypothèse est admissible et que les idées exposées devant les congrès sont passibles d'objections graves. Tout en ayant une déférence profonde pour les hommes distingués qui les ont émises, je ne puis m'empêcher de comprendre autrement qu'eux l'œuvre du patronage et je demande la permission de m'expliquer librement à ce sujet.

Deux conditions essentielles me paraissent liées au succès d'une œuvre de ce genre. Son organisation doit être simple, le médecin aliéniste doit en être l'âme. Ont-elles été sérieusement admises par les orateurs des diverses sociétés ? Non.

La dernière qui s'est occupée de la question, la société internationale pour l'étude des questions d'assistance s'est prononcée, après les congrès de 89, pour un mode d'assistance très compliqué :

Formation de sociétés en dehors des asiles, dont les membres sont des patrons, des industriels ;

Surveillance prolongée des aliénés secourus, après leur sortie ;

Création de quartiers de convalescence ;

Sorties d'essai et provisoires.

Tel est le programme, dont certaines parties ont paru d'une réalisation si ardue qu'elles ont été proposées comme facultatives.

Et d'abord pourquoi vouloir confier les destinées de l'assistance nouvelle à une société recrutée hors de l'asile ? Cette remarque m'a échappé tout à l'heure que les aliénés intéressent moins que les autres misérables. Il est certain que la charité ne se lasse pas dans notre pays, mais combien nombreuses sont les infortunes qui veulent être secourues ! — enfants assistés — enfants moralement abandonnés — crèches — criminels libérés — vieillards — femmes perdues, etc. En présence de cette foule d'œuvres considérables qui réclament la sympathie, les aliénés n'attirent guère l'attention que de ceux qui leur ont consacré leur vie. Les hommes de bien dont vous appelez la sollicitude se dépensent ailleurs, en une activité de bon aloi et ne se voueraient peut-être pas volontiers à une tâche qui n'est pas exempte de difficultés.

Remarquons, en outre, que l'assistance qui nous occupe doit être discrète. Loin de moi la pensée de nier les services que peuvent rendre aux aliénés, par leur influence et leur fortune, les personnages qui condescendront à soutenir l'œuvre du patronage. Il y aura peut-être, grâce à eux, une abondance de ressources d'un prix inestimable, mais je n'en redoute pas moins pour les malades la notoriété qui résulterait de l'intervention d'un si grand nombre d'individus.

Un dernier motif me porte à désirer une organisation plus simple. L'œuvre du patronage est moins importante, moins laborieuse qu'on ne croit et le nombre des aliénés guéris qui sortent absolument abandonnés est fort restreint. Pour ne citer que l'asile de Bordeaux, il est de deux ou trois par an, en moyenne. La protection de ces malades est une petite besogne pour laquelle la création d'une société paraît à peine utile, lorsque l'asile possède pas devers lui les moyens d'assurer cette protection.

Une société étrangère à l'asile sera beaucoup moins apte, malgré tout son zèle, à sauvegarder les intérêts de l'aliéné que la commission de surveillance qui le connaît et qui est au courant de ses affaires. L'intervention de cette société est donc d'une utilité contestable. On a proposé de faire habiter au malade, après sa sortie, une maison de refuge, milieu intermédiaire entre l'asile et la ville ; on a encore voté la construction de quartiers de convalescents annexés aux asiles. Cette innovation est-elle bien nécessaire ? Au moment de sa mise en liberté,

le malade occupe une division de tranquilles, où il n'y a pas de bruit, habitée par des aliénés choisis qui se tiennent fort bien. Il n'y souffre pas. Pourquoi le placer ailleurs et lui faire subir une hospitalisation dont il n'a pas besoin ? De plus, la dépense de ce quartier annexe n'est pas négligeable pour le budget de l'asile. Allez-vous le gréver pour deux malades à assister ? J'ajouterai que nous sommes dans une période d'encombrement pour les asiles pendant laquelle, s'ils se décidaient à construire, ils aimeraient mieux utiliser la construction nouvelle au profit de leur trop plein de population. L'innovation recommandée par les orateurs n'est donc pas sans inconvénients et elle n'offre aucune utilité. J'estime que le séjour dans un quartier annexe peut être remplacé par la maintenue de l'aliéné guéri dans la division tranquille qu'il occupe, où une simple décision administrative autorisera son séjour volontaire.

Le troisième vœu formulé par la société internationale est relatif à la surveillance de l'aliéné après sa sortie. Je ne puis m'empêcher de formuler des réserves sur son côté pratique. Le luxe de protection que l'on déploie à Paris et en Angleterre et qui n'est possible qu'au prix de sacrifices prolongés est-il applicable à tous les protégés de l'avenir ? Je crois qu'on fera bien de limiter l'œuvre nouvelle, si l'on ne veut pas compromettre sa vitalité.

Si les bienfaiteurs des aliénés parviennent à leur faciliter leur rentrée dans le monde, rendu plus pénible par le fait de leur absence plus ou moins longue et de la déchéance morale qu'ils ont encourue devant l'opinion ; s'ils peuvent lui éviter, par une délicate intervention, les chagrins, les froissements qui l'attendent à sa sortie, s'ils se substituent à lui pour la défense de ses intérêts ; s'ils lui procurent des secours et du travail... Quand ils auront fait tout cela, ils auront fait de l'excellente besogne, largement suffisante. L'accompagner ensuite dans la vie est une entreprise digne d'éloges, mais elle a la valeur d'un apostolat et elle est par cela même grosse de difficultés et de déceptions.

Sans y trop insister, cette question peut être appréciée cliniquement.

Les aliénés guéris ou sortis avec un *exeat* de guérison peuvent se diviser en plusieurs groupes. Il y a d'abord les guéris vrais, puis les dégénérés hypocondriaques, enfin les débiles vulgaires. Les guéris vrais, aliénés d'occasion, accidentels, sont les seuls qui nous intéressent vraiment au point de vue du patronage. Ceux qui composent ce groupe sont de véritables unités sociales dignes de toute sollicitude. Or, c'est précisément ceux là auxquels vous ferez le plus difficilement

accepter votre contrôle. Ils auront toujours, malgré tout, le souvenir douloureux du naufrage de leur raison et le désir de reprendre leur rang d'hommes libres. Toute tentative inquisitoriale leur sera odieuse et c'est mal connaître les hommes que de croire qu'ils ne chercheront pas à se dérober à une bienveillance indiscrète. Ces malades guéris, les meilleurs de tous, il faut renoncer à les suivre. Les protecteurs officiels devront donc borner leurs efforts aux hypochondriaques et aux imbéciles déséquilibrés. Oh ! de ce côté, ils trouveront à qui parler. L'infériorité mentale de ces gens-là s'accommodera fort bien de l'intérêt de hauts personnages. Elle en sera flattée et y trouvera profit. Ces dégénérés et ces faibles viendront volontiers vous demander des conseils et de l'argent, et votre zèle ne sera pas inactif avec eux. Ils pourront même, un jour, devenir les hôtes fidèles d'une maison de refuge — si vos ressources vous permettent d'en ouvrir.

Est-ce bien là le but à atteindre ? Vous le dépassez inutilement. Aplanissez la route à l'aliéné guéri ; souhaitez-lui bonne chance et surtout souhaitez-lui de ne plus le rencontrer.

La surveillance au dehors des aliénés patronés me paraît donc devoir être éliminée du programme de l'assistance. Ce programme contient encore une proposition dont j'oserai critiquer la valeur, c'est l'emploi des sorties d'essai et des sorties provisoires en faveur des aliénés convalescents qui n'ont pas encore quitté l'asile. Cette pratique consacre même, à mon avis, une sorte de contradiction. En effet, la société affirme, d'un côté, la prétention de ne point se désintéresser de l'aliéné après sa sortie, de l'autre, elle veut que le médecin laisse le convalescent livré à lui-même pendant ces sorties prématurées. Cette liberté rend possible une foule d'abus et d'accidents ; elle peut donner lieu à des surprises regrettables, s'il s'agit des femmes. Dans les conditions ordinaires, une sortie d'essai est un pacte conclu entre le médecin et une personne étrangère qui répond du malade. Dans le cas d'un aliéné abandonné, c'est avec lui que vous concluez un arrangement et c'est lui-même qui devra se réintégrer en cas de rechute. Une telle situation me paraît aussi anormale que possible et il serait bien confiant, le médecin qui voudrait courir les risques d'une liberté octroyée si libéralement. Les sorties d'essai proposées pourront être remplacées par des courses autorisées, sous la surveillance d'un infirmier si les affaires de l'aliéné l'exigent.

Le fonctionnement du patronage, tel qu'il a été conçu par les Congrès, est compliqué. Il doit être simplifié sous peine de devenir fatalement caduc.

J'ai dit plus haut que le médecin de l'asile devait être l'âme de cette organisation. Ce n'est pas sans surprise que l'on constate que cette nécessité ait pu être presque méconnue. Il résulte, en effet, des vœux émis, que l'on a considéré tout juste comme désirable l'action du médecin spécialiste dans les opérations des sociétés de patronage. Cette grosse erreur provient peut-être de la création même de sociétés étrangères aux asiles ; mais comme je viens de les supprimer dans mon projet, j'aurai la hardiesse de rendre au médecin son importance et de lui attribuer le rôle prépondérant et précieux qui lui revient de droit. Ce rôle, il l'exerce déjà dans l'asile, où il est le protecteur légal des aliénés. Qui peut avoir mieux que lui qualité pour suivre à leur sortie de l'asile les malades qu'il a traités ? Il connaît leur histoire, celle de leur famille quand elle existe ; il a reçu leurs confidences ; il est initié à leurs déceptions, à leurs espérances. Il sait, mieux que personne, les épreuves morales et matérielles qui les attendent au dehors. Enfin, il paraît si bien désigné pour être leur guide et leur appui que l'on trouvera étrange de voir réserver ces fonctions tutélaires à d'autres personnes. Il ne fait que continuer à la sortie du malade l'œuvre bienfaisante qu'il a commencée le jour où il l'a reçu dans son service. Il n'y a aucun motif pour le faire déchoir d'un rôle dont il s'est bien acquitté jusque-là. C'est le médecin, et j'y insiste, qui doit être l'agent actif du patronage et il ne s'agit pour cela que d'étendre son mandat, de proroger ses fonctions par une simple mesure administrative.

L'assistance qui nous occupe peut donc être simplifiée et elle le sera par les moyens suivants :

Le patronage peut être assuré à l'asile même et par l'asile par la prorogation des pouvoirs du médecin et de la commission de surveillance et la maintenue volontaire de l'aliéné guéri.

Lorsqu'un malade est entré en convalescence, qu'il est abandonné et que sa sortie offre des dangers pour lui à cause de cet abandon, le médecin avise le préfet qui autorise le séjour prolongé du malade, sous la réserve de son consentement formel.

On m'objectera que, dans la pratique, cela se passe ainsi pour l'aliéné et que le médecin prend souvent sur lui de prolonger l'internement d'un abandonné. Cela est vrai, mais une telle conduite est arbitraire ; elle est fondée sur un mensonge, le guéri maintenu dans ces conditions étant aliéné aux yeux de l'administration.

Ici, tout équivoque a disparu : l'aliéné est guéri et il a besoin d'at-

tendre le moment favorable pour sa mise en liberté. Le préfet est informé de la guérison et sanctionne la mesure de protection proposée en sa faveur. Cette mesure est évidemment subordonnée au bon vouloir du séquestré. S'il excipait de sa guérison pour réclamer prématurément sa sortie, l'internement cesserait de plein droit et avec lui la protection.

Pendant cette prolongation de séjour, rien ne sera négligé pour préparer au malade une rentrée dans la vie normale exempte de surprises pénibles et de souffrances matérielles.

Le médecin se trouvera en présence de cas divers, avec lesquels son expérience l'a déjà rendu familier. Il lui sera plus facile qu'à tout autre de les traiter et de les résoudre, avec le concours de la commission de surveillance.

Si l'on veut me permettre une expression vulgaire, tout se passe en famille entre l'aliéné et ses protecteurs de tous les jours. La commission de surveillance connaît déjà le malade pour avoir pris soin de ses intérêts. Elle ne fait que continuer son rôle bienveillant en sanctionnant les actes dont le médecin prend l'initiative. Jamais l'action de l'administrateur des aliénés ne fut mieux placée qu'à ce moment. L'époque de la sortie est trop souvent pour les aliénés qui possèdent, un temps d'épreuves pénibles, lorsque leur situation de fortune n'est pas bien nette, qu'il leur faut soutenir vis-à-vis de parents avides des contestations litigieuses. Il s'agira, par exemple, d'une succession après décès qui n'a pas pu être réglée, à cause de la situation anormale de l'aliéné. Des ventes d'immeubles, des partages délicats sont à faire, amenant avec eux des froissements, des déceptions, des colères inévitables. Contraindre le malade à se diriger lui-même, à suivre des opérations de procédure, à se plonger dans les émotions d'un procès contre les siens, n'est-ce pas l'exposer à une rechute prochaine et imminente ? La commission a son rôle tout tracé dans cette circonstance et l'administrateur des biens se trouve là pour prendre en main les intérêts de l'aliéné. Ce dernier est guéri et peut délivrer une procuration. L'administrateur peut accomplir tous actes utiles, en son lieu et place, en élargissant son action et la faisant complète.

Le séjour volontaire du convalescent à l'asile est d'une durée variable. Elle est très limitée s'il ne faut que lui trouver du travail ou un emploi. Les efforts préalables du médecin et des membres de la commission ont déjà préparé les voies. Grâce à leur influence et à

leurs relations, l'aliéné guéri trouve bientôt une position conforme à ses aptitudes, qui lui permet de se suffire.

Dans d'autres cas, l'hospitalisation pourra se prolonger sans inconvénient, si les conditions morales de la sortie doivent être une source de dangers. C'est une femme délaissée par son mari, autorisé peut-être par d'anciens griefs. C'est une veuve sans enfants dont le mari est mort pendant l'internement, un vieillard repoussé par les siens qui n'écoutent qu'un intérêt cupide, etc. Les situations très diverses qui peuvent s'offrir se résument en des émotions tristes qui menacent le malade et comportent de la part des protecteurs une action spéciale pour les atténuer.

Le séjour s'impose encore lorsque le convalescent est la victime de conflits, d'intérêts et qu'il doit subir les longueurs d'une procédure. Il ne doit quitter l'asile qu'après le règlement complet de ses affaires.

Telle qu'elle vient d'être exposée, l'œuvre de patronage fonctionnera dans des conditions de simplicité qui sont pour elle une garantie de succès. Il me reste à faire connaître où elle doit puiser des ressources en argent. On remarquera d'abord qu'elle exige peu de sacrifices, l'aliéné trouvant à l'asile son entretien et recevant son pécule à la sortie. Certains cas peuvent se présenter cependant où des dépenses exceptionnelles seront exigées et la création d'une caisse de secours est indispensable pour parer à ces éventualités.

Les éléments de cette réserve se trouvent dans les ressources mêmes de l'asile. Ce sont :

1° Le pécule des aliénés décédés ;

2° Les compléments de pécule délivrés, à la sortie, à tout aliéné guéri, nécessiteux ou non.

Les sommes fournies par le pécule des aliénés décédés font retour à la caisse de l'asile. La désaffectation que je propose est naturelle et juste. Le travail des malades appartient à la collectivité quand ils n'en profitent pas individuellement. L'œuvre du patronage a donc pleinement le droit d'en disposer.

La seconde ressource ne me paraît pas moins légitimement exigible. Dans un esprit de charité, très louable d'ailleurs, il est octroyé à tous les aliénés qui sortent guéris un secours qui ne peut être inférieur à quinze francs — c'est le pécule de sortie. Lorsque le produit de leur travail n'atteint pas cette somme, l'asile fait généreusement l'appoint. C'est ce complément de pécule qui devra profiter aux abandonnés. Cette largesse, en effet, est excessive et inutile, lorsque les aliénés

sortants rentrent dans leur famille et ne sont pas misérables. Qu'on leur alloue, rien n'est plus juste, la somme gagnée par leur travail, mais le complément du pécule, dont l'asile a fait l'abandon, revient au patronage.

Si les sommes fournies par le pécule devenaient insuffisantes, l'asile pourrait prélever sur ses propres fonds une somme ne dépassant pas le centième des bonis de l'exercice écoulé.

Enfin, la charité publique devra être sollicitée en faveur de l'œuvre. Un tronc sera placé dans les bureaux du secrétariat de chaque asile. Cet élément de recette est aléatoire, il pourra néanmoins, dans certaines circonstances, prendre une certaine valeur. L'asile reçoit la visite de personnages riches qui se montrent généreux. A l'occasion de la sortie de pensionnaires, les familles des malades guéris sont reconnaissantes et tiennent à laisser leur offrande.

Conclusions.

L'organisation du patronage des aliénés peut et doit être simplifiée.

Le patronage peut être assuré dans l'asile et par l'asile, le médecin aliéniste et les membres de la commission de surveillance étant les agents exclusifs de l'œuvre.

Les principales ressources du patronage seront fournies par le pécule des aliénés et imputées au besoin sur le budget de l'asile.

Il pourra être fait appel à la charité publique.

M. le Dr Drouineau (de Paris), après avoir rappelé la teneur de ces règlements qui ne peuvent être modifiés par la seule autorité préfectorale, proteste contre une objection de M. Mabille qui, comparant incidemment le patronage à l'organisation de la protection de l'enfance, croit que celle-ci végète et aurait même échoué en plusieurs endroits.

La République, dit M. l'Inspecteur général, a créé un réseau complet de sociétés et de fonctionnaires dévoués à la protection de l'enfance; chaque jour on fait en ce sens un pas nouveau, et tout dernièrement encore, on vient de compléter l'effort par la protection de la femme enceinte actuellement en voie de réalisation.

M. le Dr Charpentier (de Bicêtre). — Je désire relever deux arguments de MM. Pons et Mabille, l'un tiré de la violation du secret professionnel où l'on révélait la maladie aux personnes chargées du sujet guéri ;

mais le consentement volontaire de celui-ci à la révélation, ferait tomber cette crainte de violation, l'autre fondé sur le danger pour les sociétés de patronage auxquelles on confie les dégénérés indisciplinables ou alcooliques ; mais si l'on considérait, comme je le fais, ces sujets comme des sujets non aliénés, on éviterait de les recevoir dans les asiles et par le fait qu'ils n'y entreraient pas, on ne serait pas obligé de se soucier d'eux à leur sortie.

DES SOCIÉTÉS DE PATRONAGE DES ALIÉNÉS.

Par M. le Dr DOUTREBENTE (de Blois).

Comme vous avez pu le voir à la page 47 du rapport de MM. Ladame et Giraud, les tentatives poursuivies, dans le but de préparer l'organisation d'une société de patronage des aliénés en Loir-et-Cher n'ont pas été suivies de succès. La Commission de surveillance avait décidé, en principe, de s'organiser en comité de patronage analogue à celui des condamnés libérés et avait élaboré des statuts. L'article 3 portait, qu'en aucun cas et en aucune manière, le Comité ne saurait être rendu responsable des accidents provoqués par les aliénés guéris, placés par lui au dehors ou sur sa recommandation chez les cultivateurs, commerçants ou industriels. Le Conseil des Inspecteurs généraux ayant formellement demandé la suppression de cet article, parce que les sociétés, pas plus que les individus, ne peuvent échapper aux responsabilités, la Commission de surveillance a déclaré qu'elle attendrait le vote de la nouvelle loi sur les aliénés pour prendre une décision.

Pour organiser une société de patronage en faveur d'indigents, il importe avant tout de créer des ressources, de recevoir ou assurer le concours de sociétaires versant des cotisations, et une fois ce résultat acquis, il devient alors possible de demander des subventions, soit au département, soit à l'Etat.

M. Giraud propose de faire main basse sur l'argent provenant du pécule des aliénés décédés et même il nous informe que le préfet de la Seine-Inférieure, en raison d'un vote du Conseil général à la date du 12 avril 1893, a prescrit aux directeurs-médecins de la Seine-Inférieure de verser, dans la caisse de secours pour le patronage des aliénés, les sommes provenant du pécule des aliénés décédés, et cela. à partir du 4 mai 1893.

Qu'il me soit permis de faire remarquer que cette manière de procéder n'a pas été prévue dans la circulaire ministérielle sur la création des sociétés de patronage, pas plus que dans les résolutions votées par le conseil supérieur de l'assistance publique ; le paragraphe IV est, en effet, ainsi conçu :

« Les sociétés de patronage pourront être autorisées à toucher le » pécule de sortie de l'aliéné de façon à le lui remettre en temps » utile et, au besoin, par fractions. » En expédiant aux préfets cette circulaire, avec l'avis du Conseil supérieur, M. Constans, Ministre de l'Intérieur, se montrait disposé à permettre une très légère infraction aux habitudes acquises, puisque au lieu de remettre en bloc aux aliénés guéris, le jour de leur sortie, la totalité de leur pécule, il disait « que les sociétés de patronage *pourraient être autorisées* à » toucher le pécule pour le distribuer en temps utile ou par fractions. » Mais de là à faire main-basse sur le pécule des aliénés décédés, il y a loin, et nous sommes persuadés que la manière de procéder dans la Seine-Inférieure est absolument contraire aux instructions ministérielles et, au point de vue financier, illégale.

Le pécule des aliénés décédés appartient à l'asile et l'encaissement régulier doit en être fait annuellement suivant des règles dont nous ne saurions nous écarter, et dans le cas où cet encaissement n'aurait pas eu lieu, la Cour des Comptes ne manquerait pas de faire une injonction d'avoir à s'y conformer.

La question du pécule des aliénés a été prévue et traitée dans le règlement du 20 mars 1857, section XXI, et, tout récemment, 19 décembre 1892, elle vient de faire l'objet d'un arrêté ministériel, après un avis des Inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance en date du 3 décembre 1892. Il y a à peine 7 mois.

L'article 163 de l'arrêté ministériel du 19 décembre 1892, le dernier en date, dit expressément : « En cas de décès le pécule de l'aliéné » travailleur appartient à l'établissement. Il en est de même des » objets qui ont pu être acquis à son profit sur la rémunération du » travail. »

Cet article ne saurait donc être modifié soit par un vote du Conseil général ou une décision préfectorale.

Les sommes destinées à former le pécule sont fournies intégralement par l'asile et accumulées au crédit de chaque travailleur jusqu'à concurrence d'une somme fixe réservée à titre *de pécule éventuel de sortie* (article 157).

Quand le pécule éventuel est formé, il est alors recommandé au directeur de faire emploi au profit du travailleur de l'excédent, à mesure qu'il se produit, soit en argent par petites fractions, soit en objet de consommation ; l'aliéné peut aussi disposer de l'excédent de son pécule en faveur de son père, sa mère, son conjoint, ses enfants, frères, sœurs, neveux ou nièces (article 162).

Il paraît difficile avec ces multiples portes de sortie du pécule d'arriver à constituer une masse bien importante.

Les aliénés, qui guérissent, sortent le plus souvent dans les 2 ou 3 premiers mois du traitement, c'est là une règle générale et, alors, ils n'ont pas travaillé ou travaillé seulement pendant quelques jours ; leur pécule est insignifiant, il faut le compléter et puiser à la caisse de l'asile, qui ne doit jamais être vide, paraît-il, malgré un prix de journée, parfois dérisoire, bien suffisant pour les asiles neufs, créés par les départements de toutes pièces, insuffisant pour ceux qui s'agrandissent, s'entretiennent et s'améliorent avec leurs propres ressources. Puis, par une inégalité choquante, ce serait l'aliéné n'ayant pas ou peu travaillé, dont on aurait déjà fait ou complété le pécule, qui aurait ensuite la jouissance du pécule des aliénés travailleurs décédés, qui n'auraient pas eu le loisir et le temps d'en profiter ou d'en disposer en faveur de leurs parents.

Quoique puisse dire et penser notre collègue M. Giraud, il nous est impossible de donner notre approbation à un vote du Conseil général et à une décision préfectorale qui, entachés d'illégalité, nous l'avons prouvé, permet au département de venir en aide, sans bourse délier, aux aliénés guéris ; mais en augmentant les charges de l'asile.

Enfin, dans les commentaires officiels et ministériels de l'arrêté et du règlement du 20 mars 1857 et, particulièrement, en ce qui concerne la section XXI, précitée, et les articles 159, 161 et 163, nous trouvons les explications suivantes, que nous adoptons comme conclusion de notre argumentation.

« En lui imposant l'obligation de compléter, en cas d'insuffisance, » *le pécule éventuel de sortie*, le deuxième paragraphe de l'article 159 » fait peser sur l'établissement une charge, dont *il convient de l'in-* » *demniser*. C'est dans ce but que l'article 163 lui attribue *la propriété* » *du pécule de l'aliéné* travailleur qui y décède et des objets dont » l'acquisition aurait été faite en vertu des dispositions de l'article » 161 ». c. q. f. d.

En nous montrant si respectueux de la tradition des arrêtés et circulaires, nous ne voulons point passer pour un adversaire des sociétés de patronage des aliénés guéris, bien loin de là, et nous déplorons même de faire partie d'une société de patronage des condamnés libérés, que le Conseil général et l'Etat subventionnent largement, alors que rien de pareil ne peut être obtenu pour les aliénés.

En résumé, les sociétés de patronage sont appelées à rendre service aux aliénés guéris, et aussi au département, parce qu'elles tendront

à diminuer notablement la proportion des rechutes. Ces sociétés doivent être encouragées et soutenues au moyen de subsides fournis par les sociétaires et le département ; il serait illogique et illégal d'imposer, pour ce fait, de nouvelles charges aux asiles d'aliénés.

M. le Président propose au Congrès de clore la discussion en votant les conclusions suivantes du rapport de M. le Dr Giraud :

1° Tout asile devrait être, sinon pourvu spécialement d'une société de ce genre, au moins affilié à une œuvre de patronage, pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrêtât pas au seuil de l'asile ;

2° L'organisation d'une société de patronage pour les aliénés sortant de l'asile est toujours possible ;

3° L'organisation de la société de patronage doit varier suivant qu'on se trouve dans une grande ville, ou en dehors d'une grande agglomération de population.

Dans le premier cas, on doit se préoccuper avant tout de procurer un refuge temporaire aux convalescents nécessiteux sortant de l'asile, pour les mettre à l'abri de la misère en attendant qu'ils aient trouvé une occupation.

Dans le second cas, on doit surtout répondre aux nécessités de l'assistance par les secours à domicile. Il faut donc, tout d'abord, constituer une caisse de secours distincte de celle de l'asile, avec son capital de réserve et s'attacher des correspondants affiliés à la société, sur tous les points où l'assistance doit s'exercer. Le produit du travail des aliénés est appelé à jouer un rôle pour l'alimentation de la caisse de secours.

Le patronage des aliénés étant lié à l'assistance donnée à l'asile, le personnel médical et administratif des asiles doit former partie intégrante des agents actifs de l'œuvre, et le siège de la société doit être, sinon à l'asile, au moins à proximité de l'asile.

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à quatre heures du soir.

Excursion et banquet à Châtelaillon.

Les séances des journées des 1 et 2 août épuisées, les membres du Congrès se rendirent à Châtelaillon, au bord de la plage.

Au banquet qui réunissait un grand nombre de nos congressistes, M. le Dr Mabille, secrétaire général, s'est levé et, en termes émus, il a rappelé combien il était heureux de voir le maître auquel il doit tant, M. le Dr Christian, présider le congrès dans la ville qu'il habite ; il a bu aux rapporteurs, Messieurs les docteurs Régis, Cullerre et Giraud, dont le grand savoir a permis de mener à bien l'entréprise toujours pleine d'écueils d'un congrès scientifique. Puis, se tournant vers M. le Dr Christian, il lui affirme ses sentiments de reconnaissance et de respectueuse affection.

L'assemblée entière s'est levée alors pour s'unir au secrétaire général et boire à la santé du président du congrès.

M. le Dr Christian, très ému par cette manifestation, a adressé ses remerciements à ses collègues et a souhaité en même temps pleine prospérité à cette plage hospitalière de Châtelaillon et en particulier à l'administration des bains qui avait tenu à offrir une délicieuse soirée aux membres du congrès.

En effet, après la série des toasts qui termina le banquet, les salons du casino de Châtelaillon étaient ouverts à nos congressistes qui, tout en respirant l'air de la mer, purent apprécier le talent de divers artistes appelés à Châtelaillon, pour la circonstance, par l'administration du casino.



Séance du 3 août (matin).

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr CHRISTIAN

La séance du jeudi 3 août eut lieu dans une des salles de l'asile de Lafond.

M. Hélitas, préfet de la Charente-Inférieure, assiste à cette séance.

M. le Président donne la parole à M. le Dr Lagrange, médecin en chef de l'asile de Poitiers.

RAPPORT SUR UN DÉGÉNÉRÉ HÉRÉDITAIRE ACCUSÉ DE FAUX

ET ATTEINT D'HYSTÉRIE ET D'ASTASIE-ABASIE

Par M. le Dr Lagrange, médecin en chef de l'asile de Poitiers.

Messieurs, il n'a été publié jusqu'à ce jour qu'un nombre relativement peu considérable d'observations sur le syndrôme astasie-abasie, et toutes ont présenté des modalités plus ou moins différentes, si bien que M. Blocq, s'appuyant surtout sur la gravité et l'importance du trouble moteur, en a établi plusieurs variétés. « Dans le premier degré, le plus fort dit-il, la station debout et à fortiori la marche, sont complètement impossible. Dès qu'on met le malade sur pied, en le maintenant sous les aisselles de chaque côté, on le voit fléchir comme si ses jambes étaient de coton et il s'affaisserait s'il n'était soutenu. Cependant, contraste saisissant, le malade, mis dans la position genu-pectorale, marche à quatre pattes, sans aucune difficulté ». Cette définition, donnée par M. Blocq, s'applique exactement au cas que nous avons observé et dont la relation vous offrira peut-être un léger intérêt.

X... est un journaliste qui a déjà eu depuis longtemps affaire à la justice et qui en dernier lieu est accusé de faux commis dans les circonstances suivantes : dans une polémique avec un de ses confrères, il ne se contenta pas de s'en prendre à celui-ci et en attaqua aussi la famille, qui porta plainte en diffamation.

Pour éviter la divulgation de son casier judiciaire qui est très chargé, X... prend alors les prénoms de son frère, ce qui motive contre lui une action judiciaire sous l'inculpation de faux.

Tout d'abord il nous a paru surprenant que X... ait une semblable idée : sa situation de journaliste de l'opposition, qui le mettait en vue, ne pouvait en effet manquer d'attirer sur lui l'attention de la justice et d'obliger celle-ci à se renseigner sur son dossier.

Nous avons donc pensé qu'en commettant ce faux destiné à être découvert aussitôt, X.... dénotait combien grand était son manque de réflexion ou son dédain pour la perspicacité de la magistrature. Quoiqu'il en soit, c'est à la suite des poursuites qui seront dirigées contre lui et de l'impression qu'il en éprouve, qui détermine chez lui un véritable traumatisme nerveux, que X... est pris du syndrôme astasie-abasie, que nous constatons aussitôt son admission à l'asile, où il est envoyé de la prison pour être l'objet d'un examen ou d'un rapport.

Voici le rapport :

Nous soussigné .... (etc), chargé de donner notre avis sur l'état mental de X..., qui après avoir été écroué à la maison d'arrêt pendant neuf jours et y être resté pendant tout ce temps sans prendre ni aliments ni boissons, a été placé dans le quartier des aliénés de l'hospice général pour y être tenu en observation régulière et constante, consignons dans ce rapport le résultat de nos recherches et impressions, et déclarons ne le faire qu'après des résultats longs et attentifs, la conscience absolument dégagée de toute autre préoccupation que celle d'exposer ce qui nous paraît être la vérité.

Les renseignements pris sur la famille de X... ne sont positifs que concernant son père qui en 18.. a été interné dans une maison de santé pendant 25 jours, et où l'on a inscrit le diagnostic lypémanie et délivré un bulletin de sortie avec l'indication sommaire, sorti guéri le... Depuis cette époque, le père de X... aurait eu des manifestations délirantes fréquentes et serait mort en 18.. d'une affection cérébrale. Quant à X... nous n'avons pu obtenir sur son compte des renseignements précis antérieurement à l'année 18.., nous sommes donc obligés de nous en rapporter aux pièces des nombreux dossiers judiciaires le concernant à partir de cette époque. Il est alors âgé de 25 ans, agent d'assurances et bien que sans fortune, et devant avoir à cœur de venir en aide à sa mère qui donne des leçons de piano pour vivre, il éprouve le besoin irrésistible de jouir de la vie banale, il a une maî-

tresse assez exigeante, aimant le luxe et les bijoux, et pour ne pas perdre ses faveurs, il bat monnaie de toutes les façons, ne reculant devant aucune indélicatesse, entr'autres louant un piano et le vendant pour avoir de l'argent.

Pour ce fait, ainsi que pour des escroqueries commises au détriment des bijoutiers, maîtres d'hôtel... etc., il est extradé et arrêté à l'étranger où il s'est enfui avec la fille A...

Dans sa prison, il écrit à sa maîtresse et à sa mère deux lettres qui ne leur parviennent pas, mais sont remises au juge d'instruction. Or, ce qui nous a frappé dans la lecture de ces deux lettres, c'est leur mystique assurément sincère, car sa conviction est entière (leur rédaction l'indique) qu'elles ne seront pas interceptées.

Cette alliance du sentiment religieux et de l'immortalité dénote une absence de sens moral, et ce mysticisme est un des stigmates les plus fréquents de la dégénérescence héréditaire.

Cet homme, qui a abusé de la confiance d'une foule d'individus, se recommande à Dieu et compte sincèrement sur les prières de la fille A... à laquelle il écrit de la prison : « avec quel bonheur, je confie à Dieu cette lettre qui te parviendra sous sa sainte garde, unis tes prières aux miennes, à celles de ma mère vénérée, de mes sœurs chéries ; prie, prie toujours ! », puis un peu plus loin : « brûle cette lettre surtout, j'ai mes raisons pour cela. »

Voici donc deux faits acquis :

1° Le père de X... a été interné comme aliéné en 18.. et suivant probabilités est mort quatre ans après d'une affection cérébrale ;

2° X... a manifesté, étant en prison, se sachant coupable et sous le coup d'une condamnation sévère, qui plus tard lui sera en effet infligée, des idées mystiques qu'il n'a nullement simulées, mais au contraire qu'il a subies.

Ces idées sont le produit manifeste d'un cerveau débile ; elles s'imposent à l'individu qui les accepte et croit sincèrement que la divinité pourra lui venir en aide dans ces circonstances, concurremment avec les autres moyens plus pratiques qu'il recommande à sa mère de ne pas négliger, dans une lettre qui est également saisie et où il dit : « crainte de malheur, travaille pour la cour d'appel ; ne t'inquiète pas de ma situation ; j'ai tout sauvé, je crois.... heureusement Dieu arrange et guide tout ; la Providence veille incessamment sur nous, pour notre bien. » Puis un peu après : « tâche de trouver une recommandation. »

En 18.., trois ans après avoir subi la peine qui lui fut infligée, X... est de nouveau condamné à deux mois de prison pour coups et blessures, et nous n'aurions pas mentionné ce délit, si nous n'avions pas été frappé de l'insistance avec laquelle il demande à faire la preuve contraire des faits qui lui sont imputés, à rappeler du jugement prononcé contre lui, alors qu'il a déjà subi préventivement la presque totalité de sa peine.

X... était-il bien conscient lorsqu'il a commis ces violences qui lui ont valu ces deux mois de prison ? N'était-il pas en état de délire hystérique ou alcoolique ? Il faut en effet noter que cet individu au système nerveux très impressionnable et très peu résistant abusait des liqueurs alcooliques, ce qu'il a continué de faire jusqu'à ce jour.

En 18.., X... rédige un journal populaire et y publie des vers qui ne sont pas dénués de souffle, des nouvelles qui dénotent de l'imagination et affirment des connaissances littéraires, mais au lieu de se servir de ses avantages pour se créer une situation, il n'en use que pour exploiter quelques naïfs et son journal tombe.

En 18.., à L..., où il est encore agent d'assurance, X... commet de nombreuses escroqueries et mène en compagnie d'une fille qu'il traîne à sa remorque dans diverses localités, une existence vagabonde sans but, parfois misérable ; puis à la fin de la même année, il fonde un autre journal à O...; mais nullement mis en garde par ses nombreux démêlés avec la justice, il se préoccupe bien plus de satisfaire ses appétits que son journal qui cesse de paraître après le neuvième numéro, car il est l'objet de poursuites pour escroqueries qui aboutissent à une ordonnance de non-lieu, après un rapport médical concluant à la paralysie générale et à l'irresponsabilité.

En 18.., nous le retrouvons à B... et à S.... où il est encore venu fonder un journal politique et s'occuper de conférences politiques, mais où il retombe toujours pour les mêmes motifs entre les mains de la justice et est l'objet d'un examen médical qui aboutit au rapport suivant :

« Rapport à M. le juge d'instruction de B... sur l'état mental du sieur X...

Le sieur X..., amené à l'hôpital de B... le 26 septembre 18.., y est retourné jusqu'à ce jour 17 décembre. Il a présenté et présente encore des symptômes nombreux et importants dont voici les principaux :

Du côté des membres inférieurs, paralysie complète des recouvrements volontaires avec insensibilité absolue aux différentes impressions tactiles et douloureuses ; exagération des mouvements reflexes obtenus par percussion des tendons. Les symptômes ci-dessus ont aujourd'hui complètement disparu.

Aux membres supérieurs, les mouvements ont toujours été libres, mais troublés aux moindres efforts par un tremblement accentué. Ce tremblement se montre aussi à la tête, au visage, dans certaines attitudes attentives; rarement il se retrouve aux mouvements particuliers de la lèvre supérieure, de la langue, des globes oculaires ; les traits du visage ne peuvent longtemps demeurer au repos et il se produit bientôt aux mâchoires des contractions, à la bouche des contorsions; les pupilles sont rétrécies et inégales.

Il arrive parfois le soir, que la température du corps s'élève jusqu'à être légèrement fébrile. Tous ces symptômes pris individuellement sont très légers, mais ils constituent un ensemble qui me paraît très significatif.

Du côté des fonctions intellectuelles, nous trouvons des conceptions délirantes actuellement peu intenses, telles que des idées de persécution et quelques traces d'idées de grandeur, des pertes partielles de la mémoire portant sur certains faits importants, certaines incohérences de jugement qu'il est impossible d'attribuer à une simulation, est-il vraisemblable, par exemple, qu'un homme ayant conscience et souvenir d'avoir commis une escroquerie revienne peu de temps après dans la même ville, livrant son nom à toutes les publicités d'une lutte électorale animée ?

Les symptômes ci-dessus permettent d'affirmer que X... est atteint d'une grande névrose et en même temps d'une inflammation chronique de l'encéphale. Ce malade nous a raconté qu'il avait déjà été interné à l'asile d'aliénés de O...; en outre, son grand-père et plusieurs parents collatéraux auraient été atteints de maladies cérébrales.

J'ai lieu de croire ces renseignements exacts ; ils confirment puissamment l'existence des maladies nerveuses que nous signalons ci-dessus.

Il me paraît donc impossible d'attribuer à X... la responsabilité de tous ses actes, au moins depuis son traitement à l'asile de O... qui eut lieu au cours de l'année 18...

Fait à B... le 17 décembre 18...

Signé : K. ., professeur de clinique médicale à l'hôpital civil.

Enfin, malgré un passé aussi peu recommandable et des exploits aussi nombreux, accomplis en partie dans des villes peu éloignées, il y arrive et s'y met immédiatement en vue avec fracas, en publiant dans un journal qu'il rédige presque seul des articles qui ne manquent pas de verve et vont le signaler à l'attention générale.

Mais, au lieu de s'en tenir à ce rôle, qui, a t-on dit, était lucratif, il s'égare dans les polémiques stériles et se met une affaire de diffamation sur les bras, puis pour dérouter la justice et lui cacher des antécédents si faciles à connaître, il prend les prénoms de son frère qui, lui, n'a pas de casier judiciaire chargé, et à l'audience où est appelée son affaire, sous l'impression qu'il éprouve en se voyant accusé de faux, il tombe absolument à plat, ne dit rien ou se défend d'une façon pitoyable, à l'aide de subterfuges ou de réponses qu'il a déjà utilisés partout où il a été poursuivi. Sont-ce là les manifestations d'un cerveau bien valide ? Cette longue suite, presque ininterrompue pendant dix années, d'actions n'ayant d'autre but que de jouir matériellement et n'importe comment, démontre-t-elle que celui qui, dans ses écrits, témoigne d'intelligence, de culte littéraire, d'imagination, est capable de se conduire dans la vie, de vouloir, de réfléchir ? Non, elle prouve qu'à côté des qualités intellectuelles irrécusables, mais secondaires, il y a absence totale de sens moral, que les manifestations supérieures et indispensables du cerveau font absolument défaut, qu'il y a déséquilibration mentale résultant d'une tare originelle.

Cet homme est presque fatalement voué à la reproduction des actes qui ont si fréquemment motivé des poursuites contre lui. En vain, on nous accuserait, de voir de la folie là où il n'y a que de la perversité, nous ne pouvons que répondre : tel cerveau, tels actes.

C'est à dessein que nous avons négligé dans notre appréciation sur l'état mental de X... de nous appuyer sur les rapports médicaux attestant son irresponsabilité. Nous avons voulu nous créer une opinion que d'après ses actes et ses écrits.

C'est aussi avec intention qu'après avoir résumé les manifestations psychiques, nous avons réservé pour la fin, l'examen des symptômes physiques présentés par X... lors de son admission et pendant tout le temps de son séjour à l'asile.

Lorsque X... a été interné à l'asile, il venait, nous l'avons dit, de la prison, où il avait passé neuf jours sans prendre absolument ni aliments, ni boissons, et où, cinq jours après son incarcération il avait été pris du syndrôme astasie-abasie que nous avons constaté aussitôt son admission dans notre service.

X... est en effet dans l'impossibilité de marcher et de se tenir debout, il s'écroule lorsqu'on ne le soutient pas ; mais lorsqu'il est assis ou couché il peut résister, très énergiquement, aux tentatives faites pour étendre ou fléchir ses jambes ; il peut envoyer un coup de pied et marcher à quatre pattes, tout en s'inclinant beaucoup du côté gauche, qui fléchit parfois et est manifestement plus faible que l'autre.

L'anesthésie qui existe par zônes, des deux côtés, est aussi bien plus marquée à gauche qu'à droite ; sur divers points de la moitié inférieure du corps, on peut piquer X... sans qu'il s'en doute, tandis que sur certains autres, des piqûres donnent lieu à de vives réactions. Une électrode d'appareil Faradique placée dans sa main gauche ne détermine aucun effet et dans la main droite se produit des secousses assez fortes : on pourrait presque dire qu'il y a de l'hémianesthésie presque complète à gauche.

Ces stigmates irrécusables de l'hystérie auxquels il faut joindre une diminution de l'étendue du champ visuel et de l'acuité visuelle, surtout à gauche et du reflexe pharyngien n'ont pas varié sensiblement depuis le 9 juillet jusqu'au 17 septembre 18... Ils ne sauraient être simulés par le plus adroit simulateur. Pourquoi, en effet, X... feindrait-il de ne pouvoir se tenir debout, ni marcher, tandis qu'assis ou couché il exécute avec ses membres inférieurs tous les mouvements, déploie toute la force qu'on lui demande, ainsi que le font les individus présentant le syndrôme astasie-abasie.

Il faudrait donc admettre que X... connaît ce syndrôme, qu'il a été étudié par lui ! Et les zônes d'anesthésie ! Notons encore une exagération très notable du reflexe pré-rotulien et un tremblement presque constant des membres supérieurs se communiquant parfois aux membres inférieurs, surtout lorsque le pied ne repose pas d'aplomb sur le sol, et aussi du tronc et de la partie supérieure du corps, agitant même parfois les muscles de la face et des lèvres au point de déterminer de temps en temps un léger embarras de la parole et de nous faire réfléchir sur la coïncidence possible d'une maladie organique cérébro-spinale.

Ajoutons enfin, et nous aurons terminé avec les symptômes physiques, que X... présente de l'asymétrie crânienne et surtout faciale.

Quant aux conceptions délirantes, les voici : idées de satisfaction, de persécution, de tristesse et refus de manger à plusieurs reprises, notamment du 30 août au 2 septembre, d'une façon absolue, de crainte d'être empoisonné ; pour échapper à ses ennemis, dit-il, pour qu'on le laisse en paix, il changera de nom, etc.

Notre rapport se terminait par les conclusions suivantes : X... est à la fois un dégénéré héréditaire et un hystérique, présentant d'une façon très caractérisée le syndrôme astasie-abasie et auquel nous ne saurions attribuer qu'une responsabilité limitée à ses actes.

M. le Dr Charpentier (de Bicêtre). — Etant donné l'individu dont M. Lagrange vient de nous lire l'observation si bien prise et surtout si bien présentée, que va devenir cet individu une fois séquestré dans un asile d'aliénés ? Il n'y restera pas.

M. le Dr Lagrange. — Il en est sorti.

M. le Dr Charpentier. — Il en est sorti, cela n'a rien d'étonnant; de tels sujets ne restent pas dans les asiles, car ils s'empressent de guérir dès qu'ils sont séquestrés.

Résumons l'existence de cet individu, car tous les sujets de son genre lui ressemblent, existence désordonnée, besoin irrésistible de jouir de la vie, folles maîtresses, détournements, escroquerie, inculpation de faux, rédaction dans la presse politique, création de journaux, et quels journaux ; relâchements, acquittements, ordonnances de non-lieu, voilà les résultats auxquels ils aboutissent. Dans les asiles ils n'y restent pas quand ils y sont envoyés et les peines qu'ils méritent ils ne les subissent pas, car ils sont considérés comme irresponsables.

Pourquoi les regarde-t-on comme irresponsables? parce que, comme l'a fait M. Lagrange, les aliénistes les considèrent comme des dégénérés, des héréditaires, des hystériques. Voilà à quelles conséquences conduisent les théories sur la dégénérescence et l'hérédité qui concluent à l'irresponsabilité de ces individus.

Ces sujets sont tout d'abord des vicieux, alcooliques ou non, hystériques ou non, à troubles nerveux ou non, avec ou sans asymétrie crânienne ; si de tels signes se retrouvent sur ces sujets, ce n'est qu'à l'état d'association avec le vice qui est leur caractère fondamental et la cause dirigeante et explicative de leur morale, de leur conduite, de leurs actes, de leurs délits et de leurs troubles physiologiques réels ou simulés.

Ils sont considérés comme irresponsables en vertu d'une fausse interprétation du code, pourtant bien net à leur égard.

L'article 464 du code criminel considère comme irresponsables seulement les individus ayant commis un acte délictueux en état de

démence ou sous l'influence d'une force irrésistible à laquelle ils n'ont pu se soustraire.

On a soutenu que l'expression démence avait été prise par le législateur dans un sens très large ; ce qui n'est pas exact, car à l'article 490 du code civil on trouve comme conditions de l'interdiction, non seulement la démence mais aussi la fureur habituelle et l'imbécillité, à ces deux conditions ajoutées à la démence, pour motiver l'interdiction, n'y sont pas jointes quand il s'agit d'irresponsabilité pour laquelle il n'existe que la démence seule pour excuser, quant à la force irrésistible dont parle l'article du code pénal, il n'était nullement question de l'hystérie à laquelle on n'attribuait aucune importance à cette époque, et c'est ainsi que l'on interprète les différents commentaires des codes. Il ne pouvait d'ailleurs en être autrement, car le code fut constitué à une époque où la nation française venait d'éprouver trop cruellement ce qu'étaient capables de produire les passions, la fureur et l'imbécillité pour attirer sur elles la commisération du législateur.

J'ai cherché à me procurer les documents des procès-verbaux qui ont dû précéder l'élaboration des articles ci-dessus du code criminel et civil, mais je n'ai pu les trouver.

Ce n'est donc que plus tard que le terme démence fut altéré dans son sens juridique et la faute en est aux médecins aliénistes et c'est pour cela que je conjure mes collègues de reporter leur attention sur les appréciations anciennes qui me paraissent les plus vraies et les plus pratiques.

Avec une interprétation saine du code, ces prétendus dégénérés et héréditaires ne pouvaient pas bénéficier de l'irresponsabilité et trouvaient dans l'application des peines qui leur étaient appliquées peut-être le meilleur traitement thérapeutique de leur situation morale, tandis qu'actuellement ils répandent la discorde dans leurs asiles par leur présence, leur indiscipline, leurs rixes et leurs calomnies, ce qui explique d'ailleurs la rapidité de leur sortie de ces mêmes asiles.

M. le Dr Lagrange (de Poitiers). — Cette lecture a soulevé, de la part de M. le Dr Charpentier, des observations, j'allais dire des protestations.

M. le Dr Charpentier ne veut pas que des malades identiques à celui dont j'ai relaté l'histoire soient considérés comme fous ; ils sont seulement des êtres pernicieux, nuisibles à la société, ils habitent sur les frontières de la folie, mais ils ne sont pas aliénés, et jusqu'à ce

qu'on ait construit des asiles ou des maisons de correction pour y interner les aliénés criminels ou délictueux, il faut les mettre en prison.

Si j'ai bien saisi l'impression produite par ces remarques, M. le Dr Charpentier était à peu près seul de son avis, et les docteurs Régis, Doutrebente et Legrain entr'autres ne les partageaient guère ; pour moi, si je n'avais craint de donner à la discussion une durée que ne comportait plus l'heure déjà avancée, j'aurais répondu : ces fous moraux, ou êtres incomplets (car M. le Dr Charpentier ne veut pas qu'il y ait de dégénérés) sont, dites-vous, placés seulement sur les frontières de la folie ; je le veux bien, si cela vous peut être agréable et si vous avouez, comme le feront probablement la plupart des aliénistes, qu'ils franchissent si souvent les frontières de la folie, qu'ils y ont véritablement droit de cité, mais en entendant dire que ces malades, ces insuffisants, ces détraqués, ces déséquilibrés, peu importe le qualificatif, doivent être mis en prison, j'ai cru que ces paroles sortaient non de la bouche d'un médecin, mais bien de celle d'un magistrat.

Conclusion : nous sommes et devons rester médecins.

M. le Dr Régis (de Bordeaux). — Je ne saurais être de l'avis de M. Charpentier et je crois que le rôle essentiel des aliénistes, dans les affaires médico-légales, consiste à distinguer, d'une façon aussi précise que possible, les malades des malfaiteurs, afin que la société puisse, en connaissance de cause, leur appliquer, suivant le cas, les mesures de répression ou de traitement nécessaires.

Mais si nous vouons nous-mêmes à la prison certains sujets mentalement tarés, tels que ceux désignés sous le nom de déséquilibrés, dégénérés, fous moraux, etc., sous prétexte qu'ils ne restent pas dans les asiles et redeviennent dangereux, nous enfreignons formellement ce principe essentiellement moral et humanitaire, que le malade ne doit, en aucun cas, être assimilé au délinquant, et, par suite, nous fournissons un fâcheux exemple aux tribunaux autorisés de la sorte, comme ils n'en ont que trop tendance, à condamner des aliénés, si évident que soit leur état de folie.

Il est bien vrai que le code ne reconnaît l'absence du crime ou du délit que lorsque le prévenu était en démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

Mais tout le monde aujourd'hui, magistrats et médecins, s'accorde

à considérer le terme démence comme un terme générique embrassant, au point de vue légal, l'ensemble des états psychopathiques qui entraîne l'irresponsabilité.

A propos de l'astasie-abasie, présentée par le malade de M. Lagrange, je rappellerai que j'ai signalé chez les dégénérés des symptômes similaires d'importance fonctionnelle, mais de nature neurasthénique et non plus hystérique, différant de la vraie astasie-abasie par leur caractère émotif et leur allure intermittente et paroxystique.

Il est bon de ne pas confondre ces syndrômes les uns avec les autres.

M. le Dr Christian (de Paris).— Abstraction faite de toute idée doctrinale, je ferai cependant remarquer à M. Charpentier que les sujets dont il parle présentent de temps à autre des accès délirants, que c'est habituellement à l'occasion de ces accès qu'on les séquestre, et que, dans l'état actuel de la législation, il me paraît bien difficile qu'il en soit autrement.

M. le Dr Doutrebente (de Blois) pose la question de savoir qu'elle est la conduite à tenir pour la médecine lorsque l'autorité judiciaire ou administrative accorde à un individu délinquant le bénéfice d'une ordonnance de non-lieu comme irresponsable mentalement.

M. le Dr Charpentier (de Bicêtre), dit qu'il importerait d'établir jusqu'à quel point certaines impulsions peuvent être incoercibles par la volonté de l'impulsif.

M. le Dr Cistian (de Paris), fait observer que ce dosage de l'irresponsabilité est impossible; tel malade qui résiste aujourd'hui peut avoir demain un accès plus intense où le raptus impulsif l'emportera à quelqu'acte délictueux.

M. le Dr Mabille (de La Rochelle), par des exemples qu'il tire de sa pratique personnelle, insiste sur la nécessité qu'il y aurait de modifier la loi sur les aliénés, tout au moins sur ce point particulier.

En effet, un inculpé vient-il à être déclaré irresponsable au cours de l'opération médico-légale pratiquée dans un asile d'aliénés, la famille, l'ordonnance de non-lieu une fois rendue, réclame la sortie de l'inculpé, et si le médecin de l'asile résiste tout d'abord, il finit, n'étant armé qu'insuffisamment par la loi, par ne plus s'opposer au départ de la personne déclarée irresponsable.

Il en est de même lorsque, devant le jury, l''acquittement a lieu pour irresponsabilité, la personne acquittée est rendue généralement à la liberté. On conçoit facilement que cette façon de procéder peut être préjudiciable aux intérêts de la société. Cet état de choses mériterait d'attirer l'attention des législateurs.

Après la communication de M. le Dr Lagrange, M. le Dr Mabille, médecin en chef, directeur de l'asile de Lafond, présente une série de malades de son service.

Parmi ces malades nous citerons trois cas *d'athéthose double*, un cas *d'amnésie d'origine syphilitique*, un cas *d'ataxie locomotrice* avec symptômes de paralysie générale chez un syphilitique.

Puis M. le Dr Colin, médecin adjoint de l'asile de Lafond, fait la démonstration expérimentale des injections d'urine chez le lapin, telles qu'elles se pratiquent dans le service, au moyen d'un appareil perfectionné qui permet d'injecter graduellement, avec une pression constante, le liquide destiné à l'injection.

M. le Dr Colin présente ensuite au Congrès une série d'urines de mélancoliques du service, chez lesquels *l'indican* se rencontre en grande quantité.

Les membres du Congrès, accompagnés de M. le Préfet, de M. l'Inspecteur général Drouineau, des membres du Conseil de surveillance, visitent ensuite l'asile de Lafond.

M. le Dr Mabille, médecin en chef, directeur, avait pris soin de remettre, avant la visite, une notice complète sur l'établissement de Lafond (1).

Enfin, à 11 heures 1/2, les membres du Congrès, auxquels s'étaient joints un grand nombre d'invités, se rendent dans le parc de l'asile, où un déjeuner, sous la présidence de M. le Préfet de la Charente-Inférieure, leur est offert par l'administration de l'asile.

Au champagne, M. le Préfet Hélitas se lève et dans un langage fort applaudi, boit aux dames du Congrès.

M. le Dr Christian, président du Congrès, prononce ensuite les paroles suivantes :

« Messieurs,

» Il y a un peu plus de deux siècles, à la suite de ce fameux siège qui a laissé dans vos annales des souvenirs à la fois si glorieux et si

(1) H. Mabille. Notice sur l'asile de Lafond. La Rochelle, Imp. Martin, 1893.

tristes, ce qui restait de la population de La Rochelle était tellement hâve, tellement épuisée, que c'était devenu un proverbe en France,— que, chaque fois que l'on voyait quelqu'un qui n'avait plus que le souffle et qui était au moment de rendre l'âme, — on disait: « en voilà encore un qui revient de La Rochelle. »

» Aujourd'hui, Messieurs, ce proverbe ne serait plus de mise ; nul, en voyant les membres de notre Congrès, ne s'imaginera qu'ils reviennent d'un pays de misère et de privation ; il croira plutôt que nous sortons du vrai pays de Cocagne.

Mais, si nous emportons de La Rochelle un souvenir si agréable et si reconnaissant, nous voudrions aussi laisser derrière nous une bonne réputation ; vous savez qu'on dit beaucoup de mal des aliénistes : j'aime à penser qu'après nous avoir vus à l'œuvre, vous voudrez bien reconnaître que nous n'avons pas l'esprit absolument biscornu, ni le caractère insociable, mais, qu'au fond, nous gardons quelque lucidité dans les idées, quelque amabilité dans les relations, et que l'on peut passer avec nous quelques heures agréables. L'an dernier, à Blois, le Congrès a rencontré un Préfet particulièrement aimable — ils le sont tous, et M. le Préfet de la Charente-Inférieure, qui préside à ce banquet, ne me démentira pas — ce préfet, après avoir vu nos collègues, n'a pas pu s'empêcher de leur rendre ce témoignage que le merle de Daudet avait rendu aux sous-préfets : un aliéniste, disait-il, ce n'est vraiment pas méchant. — Vous aussi, Messieurs, vous direz : Vraiment, les aliénistes, mais ce n'est pas méchant du tout. Et cela vous sera d'autant plus facile de garder de nous cette bonne opinion, que vous possédez précisément à La Rochelle, celui de nos collègues qui possède au plus haut degré les qualités que l'on réclame des membres de notre corporation. Vous avez vu le Dr Mabille à l'œuvre, comme médecin directeur de l'asile de Lafond. Vous vous êtes dit aussitôt que sa place était dans votre conseil d'hygiène, puis dans votre conseil municipal ; dans tous les postes où votre confiance l'a appelé, il a su se montrer à la hauteur de sa tâche. Hier, dans une allocution qui m'a profondément touché, M. Mabille a voulu rappeler qu'il avait été mon interne, et m'a remercié, en des termes beaucoup trop flatteurs, du peu que j'avais pu faire pour lui. M. Mabille a singulièrement exagéré : si j'ai pu lui être utile, lui faciliter ses débuts, je n'ai fait que mon devoir. Mais c'est à lui, à lui seul, à ses efforts persévérants, que M. Mabille doit d'être arrivé à la situation qu'il occupe, et d'avoir conquis l'estime et l'affection de ceux qui l'ont pu apprécier. Je vous demande, Messieurs, de

boire à la santé de M. Mabille, le directeur-médecin de l'asile de Lafond, le secrétaire-général de notre Congrès, mais avant tout notre excellent collègue et ami. »

M. le Dr Mabille prenant ensuite la parole, porte la santé de M. le Préfet de la Charente-Inférieure. Il déclare que s'il lui a été possible depuis douze ans qu'il a l'honneur de diriger l'établissement de Lafond, d'apporter quelques améliorations dans le service qu'on a bien voulu lui confier, il le doit aux sentiments si humanitaires des membres du Conseil général de la Charente-Inférieure.

Il rappelle que l'asile de Lafond a été un des premiers asiles construits, et comme si le département de la Charente-Inférieure tenait à honneur d'entrer un des premiers dans la voie des réformes, il déclare que des quartiers spéciaux d'enfants vont être construits et qu'une annexe importante ayant pour but l'assistance des épileptiques non-aliénés va être élevée non loin de l'établissement primitif.

Il propose enfin, aux applaudissements de l'assistance, de boire à MM. les membres de la commission de surveillance, qui n'ont cessé depuis douze ans de l'encourager par leur bienveillance et de l'aider puissamment toutes les fois qu'il s'est agi d'accomplir un progrès humanitaire.

M. Yvert, président de la commission de surveillance de l'asile de Lafond, remercie M. le Dr Mabille des paroles qu'il vient de prononcer.

Puis M. le Dr Drouineau, inspecteur général des établissements de bienfaisance, dans un langage élevé, rappelle qu'il n'est pas un étranger dans cette ville qu'il a habitée si longtemps ; il n'est pas un étranger non plus dans cet asile de Lafond, où le docteur Drouineau, son père, a exercé les fonctions de médecin adjoint pendant de nombreuses années.

Il lui est donc permis plus qu'à tout autre d'apprécier les progrès réalisés depuis dix ans dans l'établissement, et il félicite vivement le directeur médecin de l'asile, le docteur Mabille, qu'il assure une fois de plus de ses sentiments d'affectueuse estime.

Après des allocutions très applaudies de M. le Dr Bajenow (de Moscou) qui boit aux médecins français, de M. le Dr Régis, de M. le Dr Doutrebente, M. le Dr Ramadier, ancien médecin adjoint de l'asile de Lafond, se lève et demande, au nom des médecins adjoints et des

internes de l'asile de Lafond, à exprimer ses sentiments d'affection à M. le Dr Mabille, son ancien médecin en chef.

Visite à Esnandes.

La journée était déjà avancée lorsque les membres du Congrès se dirigèrent vers le village d'Esnandes. Ils arrivèrent malheureusement trop tard, en raison de l'heure de la marée qui n'attend jamais, et ils ne purent que deviner l'existence des « bouchots », et recevoir de simples renseignements oraux sur la myticulture fort en honneur à Esnandes.

Ils purent néanmoins visiter l'*Eglise fortifiée d'Esnandes*, monument historique restauré récemment par M. Lisch et qui est un des rares spécimens d'églises existant en France, et ayant servi à la fois à l'exercice du culte et à la défense du pays.

Soirée au casino du Mail.

A neuf heures du soir les membres du Congrès se trouvaient à nouveau réunis dans le bel établissement du Mail, au bord de la mer.

L'administration du casino qui, pendant toute la durée du Congrès, avait ouvert gracieusement son établissement à nos confrères des asiles, avait tenu à leur offrir, avant leur départ, une soirée dansante.

Dans les jardins illuminés pour la circonstance, se pressait une assemblée nombreuse qui avait tenu à manifester toutes ses sympathies à nos collègues des asiles.

Nos confrères Russes n'ont pas été les moins fêtés et dans les salons du Mail nous pûmes assister, jusqu'à une heure très avancée, comme l'a dit un des chroniqueurs du Congrès, à des tentatives nombreuses « d'alliances chorégraphiques ».

Les membres du Congrès emporteront, nous en avons l'espoir, un souvenir excellent de cette délicieuse soirée.

Journée du Vendredi 4 août.

VISITE A L'ILE DE RÉ ET AU DÉPOT DES FORÇATS.

Malgré les fatigues de la veille, les membres du Congrès, dès sept heures du matin, s'embarquèrent sur le *Coligny*, frêté tout exprès pour la circonstance.

Se dirigeant vers l'île de Ré, ils visitèrent en passant le port de La Pallice, un instrument commercial plein d'avenir.

Après deux heures de traversée par un temps superbe et une « *mer d'huile* », ils débarquèrent à Saint-Martin de Ré où M. le Maire de Saint-Martin, M. Bouthillier, leur souhaite la bienvenue.

Puis, sous la direction de M. le directeur du dépôt des forçats, ils visitèrent en détail cet établissement où se trouvent réunis 4 à 500 forçats, avant leur départ pour la Nouvelle-Calédonie.

M. le Dr Colin, médecin adjoint de l'asile de Lafond, avait, pour la circonstance, remis à chacun une notice détaillée sur « le dépôt des forçats de Saint-Martin de Ré » (1).

Guidés par nos confrères de Saint-Martin, ils visitèrent l'hôpital.

Après un déjeuner sommaire, conduits par M. Couneau, nos congressistes parcourent en voiture l'île de Ré et on arrive enfin au phare des Baleines.

Après cette journée bien remplie, on dut songer au retour, mais sur le *Coligny* une surprise attendait les membres du Congrès.

Mme Christian, avec une affabilité charmante, et M. le Dr Christian, le Président du Congrès, offrirent, en effet, à nos congressistes, un lunch fort apprécié de tous.

Je ne saurais mieux faire que de laisser la parole au chroniqueur de la *Gazette* hebdomadaire de Bordeaux. « Ce retour, par un temps splendide, sur des flots animés d'une ondulation presque caressante, un verre de Moët glacé en main, à côté de vieux camarades d'études retrouvés pour un instant et de dames charmantes qui donnent de plus en plus à nos fêtes un caractère d'agréable intimité et pour ainsi dire de famille, ce retour a été vraiment délicieux et j'ai rarement éprouvé, pour ma part, des sensations d'une intensité aussi pénétrante. »

(1) H. Colin. Le dépôt des forçats de Saint-Martin de Ré. La Rochelle, imp. Texier, 1893.

Séance du 5 août (matin).

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr CHRISTIAN

M. le Président donne la parole à M. le Dr Luys.

DE L'ACTION DES COURONNES AIMANTÉES

DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Par M. le Dr Luys (de La Charité).

Je présente au Congrès le modèle des couronnes aimantées que j'ai fait construire et dont je me sers d'habitude pour mes expériences ; on voit qu'elles consistent en une lame d'acier curviligne qui embrasse les 4/5 de la circonférence de la tête : elles présentent un système de courroie en cuir qui permet de les appliquer horizontalement et de les maintenir en place. Ces couronnes ont été aimantées, et l'action magnétique, quand on ne s'en sert pas, doit être maintenue à l'aide d'une petite barre d'acier. Elles présentent à leurs extrémités libres, chacune, un pôle magnétique, un pôle nord, un pôle sud. On reconnaît, à l'aide d'un examen fait par un sujet en état hypnotique, que l'un des pôles dégage des effluves rouges comme l'aiguille aimantée et qu'il se dirige vers le nord, et que l'autre pôle dégage des effluves bleus et qu'il se dirige vers le sud, et, qu'enfin, les régions moyennes de la courbe, qui sont neutres, dégagent des colorations jaunes.

Pour faire des applications logiques de ces instruments délicats, il faut avoir présent à l'esprit ce théorème d'hypnologie que nos recherches récentes nous ont révélé et qui est la consécration, dans cet état d'ordre d'idées, des travaux de Decle et de Charasin sur la polarité humaine. J'ai pu ainsi reconnaître que, chez les êtres vivants (les vertébrés du moins), la polarité du côté gauche et du côté droit ne sont pas semblables, si bien qu'à l'état normal, les radiations des organes des sens, de l'œil, de l'oreille, des narines, des lèvres, du tégument cutané, sont de colorations différentes ; elles sont rouges pour tout le côté droit et bleues pour tout le côté gauche, ainsi qu'on peut le voir sur les dessins que je présente à la compagnie.

Ces données étant admises, les conséquences naturelles qui en découlent pour l'application des couronnes aimantées sont celles-ci : « en vertu de ce principe de physique que les effluves magnétiques de noms contraires s'attirent et que les effluves de même nom se repoussent, il faut placer ces couronnes de telle sorte que les pôles de chacune d'elles répondent aux effluves de nom contraire du sujet. Ainsi, le pôle sud de la couronne, qui donne des radiations rouges, sera placé du côté gauche (bleu du sujet) et le pôle bleu sera, par conséquent, placé à droite (côté rouge). Les planches que j'ai fait dessiner, sur nature, donnent une idée très nette de ce dispositif.

On voit sur la première figure un sujet hystérique à l'état normal, avec les effluves violets qu'il dégage, comme tous les sujets hystériques, de l'œil droit. On fait l'application, alors, d'une couronne magnétique : on applique, ainsi que je l'ai indiqué, le pôle nord de la couronne (rouge) sur le côté bleu (gauche) du sujet et le pôle bleu sur le côté droit. Les forces magnétiques, dans ce cas, sont hétéronomes, il y a attraction de part et d'autre, et l'on voit les radiations rouges du sujet prédominer et amortir les radiations bleues qui finissent par s'éteindre. C'est là le mécanisme de la guérison de certains états nerveux, la neutralisation des forces magnétiques du sujet par la présence de forces magnétiques extérieures.

La confirmation de ce fait est donné d'une façon parallèle par l'expérience inverse. Elle consiste, en effet, à intervertir le sens des courants magnétiques et mettre, à chaque pôle, rouge sur rouge et bleu sur bleu, on voit alors, d'après le dessin que je présente, les radiations de l'œil et les radiations de l'oreille du sujet qui sont poussées vers la ligne médiane.

Ces faits qui ont été par moi vérifiés d'une façon réitérée défient toute idée de supercherie, attendu qu'ils présentent des phénomènes inconnus et qu'il était impossible de prévoir à priori.

Ceci posé, voyons ce qui se passe dans l'application des couronnes magnétiques sur les êtres vivants non hypnotisés.

La couronne étant placée sur la tête d'un sujet frappé d'hémiplégie, un échange magnétique s'opère ipso-facto, entre les effluves radiants de son cerveau et la couronne aimantée. Celle-ci emmagasine l'état sous-jacent, si bien que, après l'avoir laissée en place pendant quelques minutes, si on prend cette couronne et si on la place sur la tête d'un sujet en état hypnotique, il y a un véritable transfert à distance de cet état cérébral hémiplégique communiqué à la couronne et, au bout de quelques minutes d'application, le sujet récepteur qui doit

être en état de léthargie, par étrangement de personnalité, devient hémiplégique du même côté que le véritable malade, se plaint, parle de la même façon que lui et présente une identité complète des symptômes. Au réveil, toutes traces de cette hémiplégie accidentelle disparaissent instantanément. Ces transferts à distance ont été déjà communiqués à la société de biologie (4 nov. 1890), en commun avec M. Encausse.

Bien plus, des états cérébraux extra-physiologiques, des troubles encéphaliques variés, tels que vertiges, étourdissements, sensation d'épuisement, de dépression générale, des terreurs vagues liées à la neurasthénie peuvent être ainsi dérivés à l'aide des couronnes magnétiques et transférés sur des sujets en état hypnotique, qui, par cela même, changeant de personnalité, souffrant des mêmes douleurs, des mêmes angoisses que le sujet imitateur ; ce qui démontre, une fois de plus, que le sujet, réellement malade, décharge une partie de sa souffrance sur la couronne aimantée et trouve, par cela même, à la suite d'une application de dix à douze séances, une amélioration plus ou moins durable des troubles primitifs.

Sans avoir recours à l'intervention d'un sujet hypnotique qui n'agit, en cette circonstance, que comme moyen de contrôle, on peut donc dire que, dans la pratique, les effluves des couronnes aimantées, méthodiquement appliquées, ont une action efficace sur les états physiologiques de l'encéphale et je dirai même sur certains états psychiques du cerveau lesquels sont pareillement justiciables de leur action et se trouvent, dans certains cas, très heureusement modifiés par leur présence.

J'arrive actuellement au point intéressant du sujet dont je n'ai, jusqu'ici, qu'indiqué les prémices à savoir : « la portée que peut avoir l'application des couronnes magnétiques dans la thérapeutique des maladies mentales.

Eh bien ! ce que j'ai dit au sujet de la possibilité du transfert de certains états encéphaliques, paralysie, vertiges, céphalalgie, se répète avec les mêmes fidélités pour le transfert des états psychiques ; et c'est avec un véritable étonnement scientifique que l'on est amené ainsi à reconnaître que les phénomènes d'ordre psychique obéissent aux mêmes lois générales que les processus purement physiologiques.

J'ai eu, à ce sujet, une démonstration très nette que je consigne dans l'observation suivante et qui est relative à un état mélancolique avec idées de persécutions.

« On m'amena, un matin, dans mon service à La Charité, une femme placée d'office par l'autorité et considérée comme folle, ayant menacé de se suicider.

Elle était en période de dépression mélancolique, elle allait et venait à travers la salle sans savoir où elle était, elle était en proie à des hallucinations terrifiantes, elle accusait plusieurs personnes de l'avoir volée, elle refusait de manger depuis plusieurs jours, se plaignait de douleurs abdominales, de céphalalgie et ne dormait pas. Son état était tellement significatif que l'administration de l'hôpital voulait la faire placer d'urgence dans une maison d'aliénés. J'obtins quelques sursis, dans l'idée de lui faire l'application d'une couronne aimantée placée ainsi que je l'ai indiqué. L'application dura une demi-heure, et, le jour même, une amélioration notable se manifesta. Le lendemain, même application, durée 3/4 d'heure. Pendant 6 jours consécutifs, le traitement fut fait, la malade se calma et elle demanda à sortir de l'hôpital, complètement revenue à elle-même, pour reprendre ses occupations.

Mais, voilà un point des plus curieux consécutif à ce fait, c'est que la couronne qui avait servi à cette femme avait tellement bien emmagasiné l'état psychique dont elle était chargée, que, quelques jours après son départ, je l'appliquai sur la tête d'un sujet réactif, et quelle ne fut pas ma surprise de voir cet homme sous l'influence d'un changement de personnalité, dire les mêmes phrases, éprouver les mêmes angoisses que la mélancolique qui avait été traitée précédemment et me donner ainsi la vérification du transfert réel et de l'emmagasinement, comme dans un phonographe, des radiations des états psychiques de la malade. Cette couronne, ayant été mise dans un tiroir à part, sous clef, au bout de 18 mois, n'avait pas encore perdu les effluves morbides qu'elle avait emmagasinés, et, placée sur la tête de différents sujets hypnotisés, dégageait encore les mêmes incitations morbides.

« Un homme de 40 ans, ouvrier plombier, très impressionnable de sa nature, vint à ma consultation pour me raconter qu'à la suite de l'influenza, il avait été très fortement affaibli, qu'il avait perdu l'appétit et le repos de ses nuits, qu'il avait des idées de suicide et que, le soir, au moment d'aller se coucher, il était pris de terreurs involontaires. Il lui était impossible, alors, de coucher dans son domicile habituel, et il allait chez quelques amis, à tour de rôle, réclamer l'hospitalité de la nuit.

Il avait, en même temps, quelques hallucinations auditives vagues.

Cela durait depuis 6 mois. Je lui fis l'application des couronnes aimantées pendant environ 3 semaines, tous les jours, et, dès les premières séances, une amélioration notable se révéla. Il commença à rentrer chez lui le soir ; puis, peu à peu, s'habitua à y rester, et, finalement, il reprit ses anciennes habitudes. »

« Une dame de 35 ans, atteinte depuis plusieurs années du délire du toucher avec hallucinations silencieuses, calme et lucide, présentait cette anomalie de ne pouvoir toucher ses cheveux pour se coiffer. Aussi, quand elle nous fut confiée, sa chevelure était-elle dans un état pitoyable. Soir ou matin, une femme de chambre spéciale était obligée d'avoir soin de sa chevelure. C'était une idée fixe, immuable, une obsession persistante devant laquelle tous les raisonnements échouaient. J'eus l'idée de lui appliquer la couronne aimantée. Au début, les résultats furent nuls, mais, quelle ne fut pas notre surprise lorsqu'au bout de quelques jours nous vimes cette malade, la figure souriante, transformée, en un mot, nous disant qu'elle allait se coiffer, et bien plus, non-seulement elle se coiffa, mais encore, elle touchait avec plaisir la chevelure des personnes qui l'environnaient.

Par des circonstances indépendantes de notre volonté, cette malade fut soustraite à notre direction et j'ignore les résultats définitifs. Tout ce que je peux certifier, c'est d'avoir pu obtenir à l'aide de l'application d'une couronne aimantée la cessation transitoire d'un état ancien d'obsession qui a pu ainsi, pendant un certain temps, modifier très heureusement l'état du sujet.

Je pourrais encore citer d'autres faits de même nature et confirmatifs des idées que je viens d'exposer ; je me réserve d'en faire ultérieurement le récit détaillé.

En résumé, nous arrivons à dire que les couronnes aimantées, méthodiquement appliquées, sont susceptibles d'avoir une influence heureuse tant dans le domaine des troubles neuropathiques simples que dans celui des véritables psychopathies.

Les effluves qu'elles dégagent de leurs pôles entrent en conflit avec les forces vives du cerveau sous-jacent. Elles modifient d'une certaine façon son état dynamique, elles attirent les effluves cérébraux de noms contraires et répulsent ceux du même nom.

La preuve qu'elles ont une action directe, c'est qu'elles sont susceptibles d'emmagasiner les forces neuriques et psychiques pendant un temps indéterminé, puisque, sur une couronne aimantée, tenue à l'abri de contacts multiples, j'ai constaté que les mêmes effluves étaient encore actifs au bout de 18 mois. Les sujets hypnotiques ser-

vent de moyen de contrôle et d'agents de réception, comme des réactifs vivants, pour mettre en évidence la persistance des radiations magnétiques. Ils ne sont donc pas nécessaires pour appliquer directement la couronne.

Néanmoins, le contact d'un sujet hypnotisé avec le malade, m'a paru donner une activité plus intense à l'action magnétique de chaque couronne.

Quoique ce fait que je vais dire ne soit pas absolument indispensable, puisque l'action magnétique est accumulée et maintenue dans une couronne, il est vraisemblable que des actions successives peuvent s'accumuler, et que la couronne devient ainsi, à un moment donné, un véritable réservoir d'incitations magnétiques hétérogènes. Mes idées ne sont pas encore fixées sur ce point ; mais, néanmoins, pour ne pas être amené à fournir une couronne neuve à chaque nouveau sujet, j'ai pris le parti, au lieu de me servir de couronnes en acier, de me servir de couronnes en fer doux et de les actionner à l'aide d'une source électrique. A l'aide de cette technique, on peut ainsi faire passer dans la couronne des incitations temporaires qui agissent avec une intensité comme sur les effluves cérébraux qui ne laissent aucune trace de leur passage dans la couronne, une fois que le courant a été supprimé.

Enfin, je dirai que l'emploi de ces moyens nouveaux est complètement inoffensif pour les malades qui les subissent et que, jusqu'à présent, je n'ai eu à constater aucun incident fâcheux.

Ce sont là des études nouvelles que j'ai poursuivies déjà depuis plusieurs années dans mon service à la Charité. Je les considère seulement comme à l'état embryonnaire et je suis heureux d'en offrir les prémices aux membres du Congrès de médecine mentale de cette année ; persuadé que je suis qu'elles ont en elles les germes de moyens d'action efficaces pour la thérapeutique des névroses et des psychopathies. Et, sans vouloir avoir la prétention de présenter une panacée applicable à tous les maux, je me contente seulement pour aujourd'hui d'attirer l'attention de mes confrères sur ces moyens d'action nouveaux, en leur disant sincèrement que je me tiens à leur disposition pour leur expliquer la technique employée et que je serais très heureux d'avoir l'honneur de leur en faire les démonstrations cliniques, dans mon service à la Charité.

SUR DEUX CAS D'OBSESSIONS ET D'IMPULSIONS

A FORME CONTINUE

Par M. le Dr J. Roubinowitch,

Ancien interne des asiles de la Seine, Lauréat de la Faculté de Paris.

Dans les observations qui rattachent à l'histoire clinique des obsessions et des impulsions, on voit un individu (habituellement non obsédé), être pris tout à coup d'une idée obsédante, sous l'influence d'une cause physique ou morale quelconque. Chez tous ces dipsomanes, onomatomanes, kronomanes, exhibitionnistes, impulsifs au suicide ou à l'homicide, etc., on trouve d'une façon constante un accès paroxystique, c'est-à-dire débutant brusquement et évoluant pendant un temps plus ou moins long avec les six phases psychiques bien connues : dépression prodromique, anxiété précordiale, angoisse, lutte contre l'idée obsédante, irrésistible du désir, et enfin satisfaction après l'accomplissement de l'acte impulsif.

Prenons au hasard une des observations de ce genre contenues dans les « Leçons cliniques » de notre maître *M. Magnan* (1). Nous y voyons une femme P..., âgée de 63 ans, qui présente depuis six mois, et pour la première fois, une série d'obsessions et d'impulsions à prononcer certains mots, certaines phrases. Il lui arrive de se sentir brusquement poussée à dire, sans pouvoir se retenir, des paroles grossières : « chameau, v... ». Voilà l'accès. Elle se sent soulagée aussitôt après qu'elle a articulé ces mots. D'autres fois, l'obsession seule existe ; la volonté conserve un peu de son action. Au moment ou la malade va prononcer la parole qui l'obsède, on la voit sauter sur sa chaise en disant : « Ah ! j'allais dire un mot, je me retiens, je me retiens ! » Elle lutte, et à ce moment, elle accuse une souffrance au niveau de l'estomac ; elle dit que malgré elle, le mot monte de l'estomac aux lèvres, et que dès qu'il est lâché, elle se sent soulagée. »

Nous avons nous-même communiqué l'année dernière à la société médico-psychologique l'observation d'une kronomane dont l'obses-

(1) *Magnan*. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1891-1892, p. 171.

sion et l'impulsion consistent à se cogner le front et les membres d'une façon tout à fait cruelle (1). Là aussi, le besoin de se cogner se montrait par paroxysme, était irrésistible, s'accompagnait d'une lutte après laquelle la malade cédait, en éprouvant un vif soulagement, malgré la douleur de cette auto-mutilation.

Ces exemples, qui abondent dans la littérature des psychoses, démontrent suffisamment que la forme paroxystique des impulsions était fréquente, a surtout attiré l'attention des aliénistes.

Or, à côté de cette forme à accès, nous avons observé deux cas où le caractère paroxystique manque et où l'individu est obsédé, et partant, impulsif, à l'état pour ainsi dire permanent ; ce sont ces deux observations que nous désirons communiquer au Congrès.

Obs. I. — La nommée Ca...z, âgée de 25 ans, est entrée à la Salpêtrière, service de M. A. Voisin, le 25 février 1893.

Ses *antécédents héréditaires* sont très chargés : *Père* mort à Sainte-Anne à l'âge de 47 ans de paralysie générale. *Mère* moins âgée que le père de seize ans ; personne d'un caractère inquiet, changeant, émotif, mais sans la moindre crise nerveuse. *Une sœur*, âgée actuellement de 23 ans, est sujette, depuis l'âge de 15 ans, à des étourdissements dont nous n'avons pu préciser la nature.

L'histoire personnelle de la malade ne présente, dans ses premières années, rien de bien remarquable en ce qui concerne son développement physique et intellectuel. Notons cependant deux détails qui ont leur importance. Etant encore tout enfant, elle s'éloignait de ses camarades, évitait les jeux en commun et préférait à tout le plaisir de ranger ses joujoux toute seule. Plus tard, elle apprit à lire très facilement d'ailleurs. Elle écrivait souvent sur des bouts de papier des phrases et des chiffres. C'était un esprit docile, mais sombre et méticuleux. Très nerveuse, elle avait, de même que sa sœur, des vertiges dès qu'elle faisait le moindre mouvement circulaire, fût-ce le tour du jardin.

Réglée à 15 ans, elle fait à 16 ans une fièvre scarlatine qui ne modifie en rien son état psychique.

Nous arrivons ainsi jusqu'à l'âge de 22 ans où il se produit dans son existence un incident grave. Elle manifeste le désir de se marier avec un garçon qui lui convenait, et ce désir ne se manifestant pas, elle en ressent une vive déception.

(1) Roubinowitch. Maladies des tics et mouvements par obsession. — Annales médico-psychologiques, 1892, Nov-Déc.

Voilà le choc psychique, très vulgaire dans sa forme, mais suffisant pour laisser éclore petit à petit une série d'accidents neuro et psychopathiques. Déjà peu bavarde d'habitude, G... devient taciturne. En même temps elle accuse des maux de tête très violents, surtout dans la région occipitale, « elle avait, nous dit la mère, comme un casque sur la tête » ; ces maux de tête s'accompagnaient d'étourdissements très forts, car deux fois elle est tombée, sous leur influence, sans perdre connaissance cependant.

La mère dit que, à cette époque, « un tas de manies lui poussaient ». Ainsi, personne ne devait entrer dans sa chambre ; elle ramassait tous les bouts de fils coupés et les enveloppait soigneusement dans du papier ; sa tendance méticuleuse s'accentuait de plus en plus et la vue du moindre grain de poussière la mettait hors d'elle.

En même temps, elle inscrivait ses moindres actes sur une quantité de petits papiers. De là, par degrés insensibles, elle prend l'habitude de compter tous les objets auxquels elle touche. Elle paraissait triste, ennuyée, par moments, on était dans l'impossibilité de lui arracher une parole et sous ce masque de neurasthénique lypémaniaque une seule idée dominait : compter machinalement les objets qui l'entouraient et les actes qu'elle accomplissait. C'est à cette idée que se réduit le fond de son état mental. Il s'agit maintenant de voir comment la malade se comporte vis-à-vis de cette idée absurde.

Prenons-la le matin, au réveil, sa première pensée est de se rappeler le chiffre auquel elle était arrivée la veille au soir. Si elle ne s'en souvient pas exactement, elle prononce ces mots qui ont le pouvoir de la délivrer de cette préoccupation : « Je passe, un point. » Après cette phrase, elle peut recommencer à compter : un. Et alors il se passe dans son cerveau le calcul suivant : me réveiller, un ; me lever, deux ; pot à eau, trois ; cuvette, quatre ; savon, cinq ; serviette, six ; me débarbouiller, sept ; etc., etc... Elle compte tout cela mentalement ou en chuchottant, ou en inscrivant sur un petit carnet *ad hoc*. Remarquons bien qu'elle ne compte nullement les objets ou les actes qui n'ont pas un rapport direct avec sa personne. Elle ne compte que ce qu'elle appelle ses « chiffres classiques de la journée », c'est-à-dire tous les actes qu'elle fait dans la journée et tous les objets qui lui appartiennent ou auxquels elle est habituée.

Elle se trouvera, par exemple, pour la première fois au Bon Marché ou au Louvre, elle regardera avec intérêt les marchandises, mais elle ne les comptera pas, parce qu'elles n'entrent pas dans le domaine de ses « chiffres classiques ». Mais si elle y retourne plusieurs fois et

que les objets lui deviennent familiers, elle les comptera comme les autres.

En agissant ainsi toute la journée, elle arrive naturellement le soir à des chiffres assez élevés : 1192, 1733, et quelquefois à quelques milliers. Peu lui importe d'ailleurs le chiffre du total, elle compte pour compter. Depuis 1890, c'est là le symptôme dominant de son état mental. De temps à autre, il présente des exacerbations et alors on voit la malade ne plus vouloir se coucher pour pouvoir compter tout, ou, dans le même but, se coucher tard et se lever à 2 heures du matin, par exemple.

Souvent, en se couchant, elle s'endort en récapitulant tout ce qu'elle a compté dans la journée.

Si on lui demande la cause de ce besoin de compter, elle répond : « Quand je ne compte pas tout ce que je fais, j'agis comme une automate et je sens que quelque chose me manque. » Elle est convaincue qu'elle doit compter pour être tranquille. Jamais elle n'a résisté spontanément à ce besoin. Elle déclare qu'elle n'a pas assez de volonté pour cela, qu'elle subit ce besoin en résignée.

Dès le début, obéissant à ses anciennes tendances méticuleuses, elle est devenue une obsédée du chiffre, trouvant sa tranquillité psychique dans la satisfaction de cet acte qu'elle reconnaît absurde, mais *contre lequel elle n'a jamais lutté.* L'empêchement de compter ne vient jamais d'elle. « Je ne fais rien pour m'empêcher de compter, je ne « lutte pas avec cette envie, je ne connais que mes chiffres classi- « ques. » En somme, c'est bien une arithmomane, mais sans le phénomène de la lutte contre l'idée obsédante qui intervient habituellement chez les obsédés paroxystiques qui font tout ce qu'ils peuvent pour empêcher la manifestation de leur manie. Même, elle se complaît dans l'accomplissement de son obsession. Ainsi elle dit : « Je suis « contente quand je compte. Quand j'ai le temps et que rien ne me « dérange pour compter, je me sens fort bien. »

Mais où le tableau clinique change et devient très curieux, c'est lorsqu'un empêchement vient du dehors.

Ainsi, par exemple, quand, le matin, pendant qu'elle est en train de compter ses « chiffres classiques », une voisine prend sa boîte ou lui apporte son déjeuner, ou lui cause, immédiatement elle ressent, dit-elle, comme un « coup au cœur », une commotion ; en même temps sa face devient rouge, son front se couvre de sueur, elle a chaud et elle est prise d'un tremblement général.

A la date du 10 avril, la veilleuse de nuit a noté que G... a été très

agitée pendant une bonne partie de la nuit; elle couchait dans un dortoir où se trouvait une malade qui fut prise d'une crise d'excitation. Interrogée sur ce fait, G... raconte qu'elle s'était réveillée la nuit à 1 heure du matin et qu'elle s'était mise à compter ses chiffres habituels. Tout allait bien lorsque la crise d'excitation de la nouvelle malade commença. Cet incident troubla G... dans ses comptes, elle devint tout enfiévrée, en sueur, avec un mal de tête très fort; elle avait peur, disait-elle, de ne pas avoir le temps de finir ses comptes.

Ainsi donc, quand au cours de l'exécution de son obsession un obstacle quelconque se présente, elle éprouve le phénomène d'angoisse et de lutte en tout analogue à l'angoisse des obsédés classiques au moment de la lutte; mais tandis que pour ces derniers l'obstacle vient toujours de *dedans*, d'eux mêmes, chez notre malade, il vient de *dehors*, de circonstances absolument indépendantes de sa volonté. Nous avons vu en effet maintes fois G... dans le service au moment où elle était en proie à cette angoisse. Le 22 mars, notamment, nous la voyons porter une assiette avec des mains cyanosées, tremblantes et le facies rouge. Elle nous explique qu'en ce moment elle est au chiffre 1225 et qu'elle doit ajouter à ce chiffre le numéro de l'assiette et le numéro du légume qui se trouve dedans; mais on fait du bruit dans la salle, des personnes vont et viennent autour d'elle en portant des assiettes avec d'autres mets, elle doit compter tout cela, elle ne peut pas arriver parce qu'on va trop vite, elle a peur de se tromper. Elle est essoufflée, très rouge, et se met à trembler d'une façon très accentuée.

Il nous a paru intéressant de regarder d'un peu plus près ce tremblement émotionnel de l'angoisse.

Il commence chez G... toujours par la main droite, s'étend ensuite à la main gauche; à la jambe et particulièrement au genou droit, puis au genou gauche; dans les cas d'angoisse plus vive, il atteint la langue et les lèvres.

Aux mains qui deviennent à ce moment froides et violacées, ce tremblement est formé par des oscillations à la fois verticales et transversales, d'une amplitude et d'une vitesse assez grandes. Le tremblement est plus prononcé à la main droite qu'à la main gauche. En appliquant sur la face dorsale de la main droite étendue une feuille de papier, on entend une succession très rapide de bruits résultant du choc de la main tremblante contre le papier. Le même essai, fait sur la main gauche, ne donne aucun bruit. Le tremblement est également moins prononcé au genou gauche qu'au genou droit, qui présente

de grandes oscillations de haut en bas et de droite à gauche. A la langue et aux lèvres, on observe un tremblement fébrillaire — égal des deux côtés — sans déplacement de la totalité de la langue.

Le syndrôme épisodique de l'arithmomanie, tout en étant le principal chez notre malade, n'est cependant pas le seul qu'elle présente. Ainsi, la vue des ciseaux, des couteaux, des aiguilles à tricoter lui donne une très vive appréhension, si vive que, sans pouvoir s'en empêcher, elle crie : « Fermez-les » aussitôt qu'elle aperçoit des ciseaux ouverts.

Ajoutons qu'elle a une parole zézayante, que sa figure présente une légère asymétrie et que ses oreilles manquent presque complètement d'hélix. A part cela, rien de particulier, ni du côté des différents sens, ni dans l'état somatique qui est de tous points excellent.

A première vue, cette observation semble rentrer dans une des variétés de la maladie du doute, de Falret, la variété dite « *des compteurs.* » Mais, en regardant le cas de plus près, on s'aperçoit que ce n'est qu'une ressemblance apparente. Deux signes, en effet, sont tout à fait caractéristiques pour le malade atteint de la folie du doute: 1° l'existence d'un but auquel vise la conduite bizarre de l'individu ; 2° l'état de malaise continuel, de souffrance morale pendant toute la durée du doute. Qu'il s'agisse des timorés, craignant toujours qu'on ait quelque chose à leur reprocher : telle une malade que j'observe en ce moment et qui ne veut jamais sortir accompagnée de qui que ce soit, même de sa mère, de peur qu'on l'accuse, si sa compagne était victime d'un accident ; qu'il s'agisse des scrupuleux qui en arrivent à n'oser plus parler, tant la recherche de l'expression exacte les lasse et les torture, qu'il s'agisse des métaphysiciens ou des réalistes dont parle le professeur Ball ou enfin des *compteurs* qui souffrent tant qu'ils ne sont pas parvenus à savoir le nombre de telle ou telle série d'objets déterminée, toujours on retrouve ces deux signes caractéristiques : « 1° existence d'un but à atteindre ; 2° état de malaise perpétuel du sujet, malaise parfois si insupportable qu'on voit les malheureux atteints de la maladie du doute venir spontanément se faire séquestrer et traiter dans les asiles, dans l'espoir de se débarrasser de leur obsession.

Tel n'est pas du tout le cas de G..., d'abord, elle n'a aucun but en comptant ; il est facile de s'en convaincre ; peu lui importe de savoir, par exemple, combien de boutons il y a à son corsage ou combien de fois dans la journée elle se sert de sa main gauche. Si on lui demande quel est son but, elle répond : « Quand je ne compte pas tout ce que

je fais, j'agis comme une automate et je sens que quelque chose me manque. » Elle ne désire donc pas *connaître* le nombre exact de quoi que ce soit. Elle compte pour le plaisir de compter, comme notre obsédée qui se cognait le front contre les arbres, le faisait pour le plaisir que lui procurait le traumatisme.

De plus, non-seulement elle ne souffre pas, mais elle se complaît au contraire dans son état mental, et elle ne demande qu'une chose : qu'on la laisse se livrer tranquillement à son impulsion. Elle n'a donc pas la folie du doute.

Il est évident d'un autre côté que l'affection de G... diffère des impulsions et obsessions à forme paroxystique. En effet, G... se livre à son obsession d'une façon *continue*. Habituée à lui obéir, et ayant toujours éprouvé par l'obéissance absolue, une tranquillité psychique complète, elle n'essaie jamais de lutter, fût-ce de la façon la plus faible, pour résister à son impérieux désir de compter, et tant qu'elle est abandonnée à elle-même, elle compte avec satisfaction, avec plaisir, avec joie. Que répond-elle quand on l'interroge sur la cause de cet acte absurde ?

« Je suis contente quand je compte. Lorsque j'ai le temps et que rien ne me dérange pour compter, je me sens fort bien. » Ainsi, dans le cas de notre malade, tant qu'on la laisse libre, tout se réduit à deux phases : l'irrésistibilité du désir et la satisfaction pendant et après l'accomplissement de l'acte. Les quatre premières phases de l'obsession et de l'impulsion paroxystiques sont ici totalement absentes : pas de dépression prodromique, pas d'anxiété précordiale, pas d'angoisse, pas de lutte *contre* l'idée obsédante. Au contraire, et ceci est assez curieux, il y a chez G... lutte *pour* l'idée obsédante quand un obstacle quelconque se présente du dehors. Un obsédé paroxystique en proie à son accès se trouvera heureux si quelqu'un vient, au moment de son angoisse, l'aider à surmonter son désir absurde en le faisant penser à autre chose. G... ne se comporte pas de cette façon. Si quelqu'un l'empêche d'accomplir son acte impulsif, c'est alors qu'elle est prise d'angoisse, c'est alors qu'elle se met à lutter *pour* la satisfaction de son désir. En effet, quand une distraction quelconque vient l'empêcher de compter ce qu'elle appelle ses chiffres classiques, nous avons vu qu'elle ressent comme un coup au cœur, une commotion ; en même temps, elle devient rouge, elle sue, et tout son corps, surtout le côté droit, est pris d'un tremblement émotif très accentué.

Que sont tous ces symptômes, sinon ceux de l'angoisse et de la lutte

des obsédés à accès intermittents ? Mais, nous ne saurions trop insister sur cette différence capitale, tandis que pour ces derniers la cause de l'angoisse et de la lutte est *en eux-mêmes*, chez notre malade, la cause est toujours *en dehors* d'elle-même.

Toutes ces considérations font ressortir la symptomatologie un peu singulière de ce premier cas dont voici le résumé.

Le début est banal : comme chez bien des dégénérés héréditaires, on trouve de très bonne heure chez G.... les stigmates psychiques que nous avons eu soin de noter : amour exagéré de la solitude, tendance méticuleuse du caractère, répulsion craintive pour les objets tranchants, etc.; les stigmates physiques ne manquent point non plus. Mais la tendance à l'ordre exagéré qui la portait dès l'enfance à préférer le plaisir de ranger sans cesse ses jouets à toutes les autres distractions, faisait de G... une petite fille bizarre. Là est bien le stigmate dominant.. Mais au lieu de faire d'elle une inquiète, ce stigmate, tout en se développant, la laissait calme, placide. Et c'est ainsi qu'à l'âge de 22 ans, sous l'influence d'un choc moral, au lieu d'entrer de plein-pied dans la folie du doute qui est un délire de souffrance, elle est devenue, par un développement pour ainsi dire normal de son stigmate caractéristique, la méticuleuse arithmomane que nous connaissons.

De telle sorte, disons-le une fois encore, que le tableau clinique que la malade présente aujourd'hui n'est que la suite très aggravée de son état mental primitif.

Nous avons remarqué que son obsession porte des caractères dont les uns lui sont communs avec la folie du doute et les obsessions paroxystiques, et les autres lui sont propres.

Début lent, délire avec conscience, absence d'hallucinations, voilà pour les caractères communs.

Quant aux caractères propres, ils peuvent se résumer ainsi :

1° Continuité de l'obsession et de l'impulsion sans aucune interruption ;

2° Etat de satisfaction non-seulement après l'exécution du désir, mais *pendant* toute la durée des obsessions ;

3° Lutte *pour* l'exécution de l'obsession, en cas d'obstacle venant du dehors.

Nous croyons que ce cas n'est pas rare et que peut-être parmi les individus portant l'étiquette de la folie du doute ou de l'obsession à forme paroxystique, on trouverait à un examen serré de plus près la

forme d'obsession qui se rapproche de celle de G... Nous le croyons surtout en nous fondant sur les résultats de l'analyse psychologique de notre cas. Mais désirant avant tout ne rien généraliser et rester toujours sur le terrain des faits cliniques, nous nous permettons de citer un autre cas où on trouve également le trait principal : la continuité de l'obsession.

Ici, il s'agit des idées superstitieuses ; ces idées se rencontrent journellement comme on sait, chez des individus parfaitement normaux qui, par suite d'une certaine éducation, sont disposés à rattacher l'idée de la réussite ou de l'insuccès de ce qu'ils désirent à des signes extérieurs ou à l'accomplissement de certains actes n'ayant aucun lien logique avec ces mêmes désirs. Loin de nous la pensée de considérer de semblables idées quand elles sont isolées et peu intenses comme des manifestations morbides. Mais lorsque ces idées envahissent complètement la vie psychique de l'individu, lorsque celui-ci, à chaque instant, éprouve le besoin de faire un acte plus ou moins absurde pour obéir à l'impulsion qu'elles lui donnent, on se trouve alors en présence d'une véritable obsession à forme continue, comme dans le cas suivant.

Obs. II. — Mme L..., âgée de 45 ans, ancienne institutrice, n'a jamais eu aucune idée superstitieuse étant petite. Son *père* passait pour un homme fier et autoritaire, sa *mère*, très coquette, ne s'est jamais occupée de l'éducation de ses enfants qu'elle n'aimait pas. Un *frère* est mort dans un accès de délirium trémens vers l'âge de 50 ans, un autre est mort tuberculeux.

Mme L... a deux *enfants* ; l'un bossu, l'autre grande hystérique, à la fin de ses crises, imite le sifflet de la locomotive et l'aboiement du chien. Dans la famille de notre malade, personne ne se préoccupait jamais ni du vendredi, ni du treize, ni du sens des rêves, ni d'aucune espèce de superstition. Vers dix ans elle entra dans une institution libre dont la directrice lui inspira rapidement un grand respect et une entière confiance ; mais cette directrice était la superstition incarnée, et peu à peu elle fit entrer dans l'esprit de son élève tous les préjugés courants touchant l'annonce du malheur prochain. Toutes les singularités qui échappaient à sa directrice se gravaient dans l'esprit de la jeune L.. presque à son insu.

A 14 ans, elle dut passer un examen ; c'est alors que toutes les superstitions qui existaient dans sa tête, pour ainsi dire à l'état latent, s'éveillèrent et la tourmentèrent. Ainsi, elle considéra comme un bon signe de n'avoir pas été inscrite un vendredi ; elle craignit de

rencontrer un prêtre ou une dame en deuil le matin de l'examen, et cette pensée l'obséda jusqu'au seuil de la salle où elle devait faire les compositions.

Au début, ses idées superstitieuses ne se montrèrent qu'à l'occasion de certains événements importants, comme les examens, par exemple. Plus tard, les mêmes appréhensions, qu'elle considérait d'ailleurs comme ridicules, se compliquèrent et devinrent continuelles. Les rêves, les rencontres, la vue des araignées, des chauve-souris, la crainte du mauvais œil ou jettatura, l'observation du vol des oiseaux, la conjuration des sorts occupaient sans cesse son esprit. De plus, ne pouvant se contenter des préjugés courants, elle inventait malgré elle de nouvelles superstitions : elle appréhendait la rencontre de certaines personnes ou la vue de certains arbres dont l'apparence triste ou gaie l'avertissait de ce qui devait lui arriver dans la journée; si les branches s'inclinaient vers elle, c'était un bon signe.

Une certaine pierre qu'elle voyait tous les jours dans son jardin avait aussi le don de lui donner des préoccupations du même genre : la pierre était-elle nette, propre, luisante, Mme L... était tranquille. Etait-elle couverte de cailloux ou veinée de rouge, ce qui arrivait après la pluie qui vivifiait ses couleurs, elle s'attendait à de tristes nouvelles.

Toutes ces petites tortures se passaient intérieurement ; Mme L... n'osait en parler à personne, car elle s'est toujours rendu compte de l'absurdité de pareilles inventions.

Un exemple, entre cent autres, fera comprendre la manière dont ces idées obsédantes s'emparaient d'elle et la dominaient. Elle sort un jour où son fils était souffrant ; elle prend un omnibus qui porte le numéro 517 ; machinalement, et tout en montant, elle compte 5 et 1 six et 7 treize. — « Voilà qui n'est pas bon signe, se dit-elle ». Puis aussitôt : « Suis-je peu raisonnable. Y a-t-il rien de moins intelligent qu'une telle idée ? quel rapport possible entre la santé de mon fils et ces chiffres additionnés ? C'est égal, j'aimerais mieux que cette voiture portât un autre numéro. Et elle descend rapidement de l'omnibus pour en attendre un autre en se disant : « Tant pis ! après tout, je serais trop malheureuse jusqu'à la maison si je restais dans cette voiture. »

Actuellement, ses obsessions superstitieuses ne la quittent plus un instant ; et pour se rendre compte de son état mental, il suffit de décrire une journée de Mme L...

En s'éveillant le matin, elle commence par examiner ses rêves ; en

s'habillant, elle fait la plus grande attention à mettre d'abord son bas droit, sa bottine droite ; si par mégarde elle met son jupon à l'envers, elle est dans l'attente d'une nouvelle extraordinaire. Au déjeuner, avec ses enfants, elle veille à ce que les cuillers ne soient pas mises en croix, retourne le pain posé sur le dos, empêche qu'on joue à faire tourner les couteaux. Elle doit sortir pour une démarche, mais un des papiers utiles ne se retrouve pas, encore un mauvais signe, un désagrément va lui arriver. Pourtant, au moment où elle met le pied dehors, un rayon de soleil vient l'éclairer en plein visage : cela, c'est un bon signe, elle est réconfortée. Mais quelles transes ensuite si elle rencontre un prêtre, et surtout s'il passe à sa gauche, si le fiacre dans lequel elle monte porte un numéro tel que 13, si en descendant de voiture, elle ou l'une de ses élèves fait un faux pas. Désire-t-elle vivement le succès d'une affaire, elle entre dans une église et y achète un cierge. Pendant qu'il brûle, elle l'observe, s'il ne prend pas bien, s'il est fendu au milieu, si la flamme en est petite et vacillante, si le vent d'une porte qu'on ferme vient le souffler, quel malheur ! Si la mèche, au contraire, s'allume vite, si la flamme monte bien droite et bien brillante vers la statue, Mme L... est ravie.

Au repas de midi, même obsession que le matin ; si une araignée des bois sort du plat de fraises, si petite qu'elle soit, elle annonce une grande calamité (araignée du midi, souci), si c'est le soir, espoir.

Notre malade connaît aussi des gens qui portent bonheur ou malheur, rien qu'à prononcer leur nom, elle pense aux conversations qu'il ne faut avoir : chats, lapins, etc ; aux pressentiments, aux gaîtés intempestives (elle range dans cette catégorie la gaîté et les chants du dimanche matin qui annoncent une mauvaise semaine). Elle a cent autres inventions qu'il serait fastidieux d'énumérer, elle en reconnaît d'ailleurs tout le ridicule, mais n'éprouve aucun désir de s'en débarrasser.

En dehors de cette obsession, Mme L... a sur toutes choses des idées nettes, justes, positives. Aucun autre stigmate psychique ou physique. Etat somatique très bon.

Il ressort de tout ce que nous venons d'exposer que si une prédisposition morbide a existé en Mme L..., grâce peut-être à ses antécédents héréditaires, cette prédisposition n'est pas la cause principale du mal actuel. C'est surtout l'éducation défectueuse donnée à cette personne qui a fait naître et a développé en elle la tendance aux obsessions superstitieuses.

Actuellement, dans ces obsessions qui se manifestent sans cesse,

on retrouve très nettement le caractère de *continuité* que nous avons noté chez notre première malade ; de plus, bien qu'elle soit loin de l'état de satisfaction de G..., Mme L..., comme notre arithmomane, *se complaît dans son obsession*, et n'a jamais eu l'idée de tenter de s'en débarrasser. Enfin, si par moment, sa raison lui montre l'absurdité des rapprochements incohérents et illogiques que son imagination crée, elle n'en lutte pas moins *pour* la satisfaction de son désir, ainsi que nous l'avons vu par l'exemple de l'omnibus où elle était montée par mégarde.

Si nous passons maintenant à l'analyse psychologique de ces deux cas, nous nous trouvons en présence d'une simple habitude morbide devenue à un moment donné une véritable obsession. En effet, qu'est-ce que l'habitude sinon la disposition acquise par la répétition ou la continuation des impressions ou des actes. On sait cette loi de Mallebranche : les actes produisent les habitudes et les habitudes produisent les actes. Tout ce que l'individu a fait dans le passé s'accumule en quelque sorte pour donner à son activité présente sa forme et son intensité : l'enfance de G... abonde en petits faits qui indiquent la tendance méticuleuse de son caractère : son habitude si étrange d'inscrire tout sur des bouts de papier qu'elle gardait ou de ramasser et de serrer précieusement des bouts de fil. On peut dire qu'à cet âge où les autres enfants ne songent qu'à s'amuser et à dissiper, elle était déjà conservatrice et accumulatrice.

Ajoutons que ni sa faible volonté ni l'éducation qu'elle reçut ne furent capables de modifier cette tournure d'esprit — et comme l'habitude est une force d'inertie qui maintient l'état acquis, nous la voyons à un moment donné, sous l'influence d'un choc moral, devenir une véritable obsédée.

Dans le cas de Mme L... les choses se sont passées un peu différemment. Elle, elle est entrée dans ses obsessions superstitieuses par une espèce d'imitation inconsciente : la personne chargée de son éducation, superstitieuse elle-même, lui a, s'il est permis de s'exprimer ainsi, inoculé une tendance à mettre tous les phénomènes du monde extérieur en un certain rapport avec les désirs et les craintes d'une seule personne. Elle est entrée dans l'obsession à forme continue par la porte de l'imitation, comme la malade G... y est entrée par la voie d'une mauvaise tendance originelle.

Mais dans les deux cas, la forme d'obsession que nous observons n'est en somme qu'une habitude poussée à l'extrême et passée, pour

ainsi dire, à *l'état de mal obsessif* chez un individu à volonté très affaiblie.

Voilà, à notre avis, la formule psychologique qui caractérise l'état mental actuel de G... et de L...

Je citerai encore — à titre de simple curiosité — un cas analogue qui, pour être emprunté à la littérature, n'en porte pas moins tous les caractères de la vérité et a certainement été pris sur le vif par l'éminent observateur qui a nom A. Daudet. Il s'agit du personnage de Mme Fromont mère (roman de Fromont jeune et Risler aîné).

Mme Fromont, dit l'auteur, était une femme douce, inintelligente, que le despotisme brutal de son père (un original ayant de vagues idées de persécution) avait pliée de bonne heure à l'obéissance passive et perpétuelle...

C'était une nature humiliée, silencieuse, indifférente à tout et comme irresponsable... son bel appartement de Paris, le somptueux château de son père la gênaient. Elle y faisait sa vie aussi petite que possible, remplissait sa vie avec une seule passion : l'ordre : un ordre monstrueux, fantastique, qui consistait à brosser, essuyer, épousseter, faire reluire elle-même sans relâche les glaces, les dorures, le fronton des portes. Quand elle n'avait plus rien à nettoyer, cette étrange femme s'en prenait à ses bagues, à sa chaîne de montre, à ses broches, débarbouillait les camées, les perles, et à force d'éclaircir dans ses alliances son nom et celui de son mari, en avait effacé toutes les lettres.

Son obsession la suivait à Savigny, elle ramassait le bois mort dans les allées, grattait la mousse des bancs du bout de son ombrelle, aurait voulu épousseter les feuilles, ramoner les vieux arbres. »

Quelque vingt ans après, nous la trouvons aux prises avec son ancienne obsession. « Claire, dit Alphonse Daudet, lisait en travaillant, ayant à côté d'elle Mme Froment, silencieuse, toujours en train de frotter, d'épousseter fièvreusement, s'épuisant à souffler sur le boitier de sa montre, et dix fois de suite avec cet entêtement des manies qui commencent, remettant le même objet à la même place, d'un petit geste nerveux. »

Plus tard encore, dans un grand désastre qui frappe toute la famille nous revoyons la vieille dame se lever lentement du fauteuil où elle était assise, très occupée à nettoyer sa chaîne de montre, en entrant une épingle dans chaque chaînon avec des précautions infinies. »

Et Daudet ajoute ce mot bien typique « la chambre de la pauvre

maniaque était toute reluisante de cette propreté qui peu à peu était devenue une folie. »

Sans vouloir donner à cet emprunt fait à la littérature une importance scientifique trop considérable, disons cependant qu'il nous a semblé intéressant de voir l'une des observations les plus clairvoyantes de notre siècle indiquer avec tant de netteté l'origine, la marche et le caractère progressivement envahissant d'une obsession continue.

Revenons à nos deux malades, l'origine même de leur obsession indique combien la guérison en est difficile, pour ne pas dire impossible. Il se produit pourtant parfois, non pas de véritables rémissions, mais des périodes d'atténuation pendant lesquelles G... et L... semblent moins âpres à obéir à leur idée obsédante. Mais ce sont des améliorations toutes de surface ; comme un papier qui a été plié plusieurs fois dans le même sens a toujours tendance à reprendre son pli habituel, ainsi le cerveau de G... et de L... revient bien vite à son travail obsédant.

En revanche, nous croyons que ces deux malades ne tomberont jamais dans la démence. G... pourrait à la rigueur vivre en liberté, si son amour de la solitude ne la rendait pas incapable de tout travail. Quand à Mme L..., elle n'a jamais été et ne sera sans doute jamais internée, et cela sans grand inconvénient ni pour elle ni pour les autres.

L'étiologie de cette forme d'obsession est la même que celle de tous les autres syndrômes de dégénérescence mentale.

Chez G..., apparaît nettement l'hérédité en qualité de cause primordiale. C'est sur ce terrain de faiblesse intellectuelle et d'aboulie qu'est venue germer spontanément l'habitude morbide ; le mariage manqué n'a que l'importance très minime d'une cause déterminante.

Chez L..., l'identité pathologique, quoique moins nette, semble établie suffisamment ; mais ici, l'éducation a joué un rôle prépondérant.

Il n'y a pas à insister non plus sur le traitement : l'état somatique de G... et de L... est excellent à tous les points de vue ; on ne peut soupçonner en elles ni un état anémique, ni un état congestif. Il n'existe donc aucune indication ni pour les tonifier, ni pour les soumettre à une médication révulsive.

Un traitement d'ordre psychique est forcément très limité ; ainsi,

dans les deux cas, la suggestion essayée par nous est restée sans résultat.

Cela ne doit pas nous étonner, puisque pour arriver à une amélioration réelle, il faudrait refaire complètement l'éducation de ces deux malades, chose que leur âge et leur état de satisfaction relative rend impossible.

Certes, au moyen d'une éducation première attentive et intelligente, nul doute qu'on ait pu faire de Mme L..., ainsi que de G..., des êtres sinon normaux du moins possibles pour la vie sociale. Une culture intellectuelle agréablement conduite, une gymnastique physique bien comprise, un système de distractions qui écartent de l'esprit l'idée maladive, et surtout un traitement moral qui inspire à l'enfant la confiance et l'ouverture du cœur toujours si souhaitables, tels sont les moyens qui, employés de bonne heure, auraient pu lutter contre les prédispositions inquiétantes de nos deux malades.

Mais dans cet état actuel des choses, l'internement qui permet à G... d'avoir sa vie assurée et de se livrer à son obsession sans trop de fatigue, le calme et les ménagements moraux pour Mme L..., tels sont à peu près les seuls adoucissements qu'on puisse apporter à la situation des deux obsédées.

En communiquant au Congrès ces deux cas d'obsession, nous avons voulu simplement signaler l'allure particulière qu'ils présentent surtout à cause de leur forme continue. Si nous les détachons des obsessions à forme paroxystique, ce n'est pas dans un but de classification théorique ; c'est surtout à cause de leur symptomatologie, et partant, de leur diagnostic qui présentent, en effet, une physionomie à part.

Nous nous proposons d'ailleurs de continuer nos recherches dans cet ordre d'idées, où voudront bien entrer, nous l'espérons, quelques-uns de nos confrères.

M. le Dr Régis (de Bordeaux). — Les observations de M. Roubinowitch ne me paraissent pas constituer des faits rares ou nouveaux et les caractères qu'il leur attribue comme particuliers se retrouvent dans bon nombre d'observations connues.

Le premier, comme le plus important de ces caractères pour M. Roubinowitch, c'est *la continuité* de l'obsession. Or, s'il est vrai que la plupart des obsessions ont été données comme intermittentes, on n'en reconnaît pas moins que certaines d'entre elles peuvent être continues, avec des paroxysmes. Tout dépend en cela de la gravité de la

maladie et surtout de la nature de l'obsession. Les peurs morbides ou « phobies », et les obsessions impulsives sont en général franchement intermittentes, car elles ne surviennent que dans des circonstances déterminées, susceptibles de les éveiller (passage d'une place déserte dans l'agraphobie, d'un couloir étroit dans la claustrophobie, vue d'objets tentants dans la kleptomanie, d'un couteau dans la nécromanie, etc., etc.). Mais les obsessions purement intellectuelles, les idées fixes, le doute morbide avec ses infinies variétés, ce que j'appelle *les obsessions indécisions*, sont en général continues et préoccupent constamment l'esprit du sujet, avec différents degrés d'intensité suivant le moment.

Il n'y a qu'à relire les nombreuses observations qui en ont été données par les auteurs pour se convaincre de la réalité du fait.

A défaut de la continuité de l'obsession, sa poursuite par le malade et sa satisfaction à la réaliser constituent-elles tout au moins, comme le voudrait M. Roubinowitch, des caractères particuliers ? Je ne crois pas qu'il en soit ainsi.

A mon sens, l'obsession, telle du moins que nous la concevons aujourd'hui, doit forcément être pénible, sous peine de n'être plus une obsession, et la lutte entreprise par une volonté débile du sujet consiste à faire effort pour la repousser et non pour la rechercher.

Mais, à côté de l'obsession elle-même, il y a ce qu'on n'a peut-être pas assez vu, l'artifice employé par le malade pour s'y soustraire.

Un individu est atteint d'agraphobie : il ne peut traverser seul une place déserte. Pour conjurer sa « phobie », il prend le bras de quelqu'un ou simplement sa canne, et grâce à ce moyen, il peut franchir sans encombre l'espace redouté. Un autre est atteint d'obsession génitale : il ne peut accomplir l'acte sexuel, empêché qu'il est par quelque suggestion mentale malencontreuse d'inhibition. Pour vaincre son obsession, il a recours à une évocation d'image, à une formule libératrice, grâce à laquelle il arrive à ses fins.

De même la première malade de M. Roubinowitch, obsédée par le doute relatif à la reconstitution complète de sa journée, écrit au fur et à mesure tout ce qu'elle fait, comme certains onomatomanes, signalés par Charcot et Magnan, écrivent sur un carnet les noms ou les mots susceptibles de provoquer leur angoissante indécision.

Dire que ces malades luttent en faveur de leur obsession, alors qu'au contraire, ils luttent en faveur du moyen de s'en préserver, c'est évidemment commettre une erreur dans laquelle me paraît être tombé M. Roubinowitch.

En résumé, les faits d'obsessions rapportés par notre collègue sont très intéressants, très bien observés, mais ils n'offrent pas, je le répète, des caractères nouveaux, les distinguant de ceux déjà connus.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE GOITRE

ET SA FRÉQUENCE CHEZ LES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE L'AVEYRON

Par M. le Dr J. Ramadier,

Médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de Rodez.

L'énumération serait longue des auteurs qui, depuis Fodéré, se sont donné libre carrière sur le goître et le crétinisme, leur nombre a été d'autant plus grand qu'à certaines époques l'impulsion vers ces études était donnée par les gouvernements. C'est ainsi qu'en 1845, le gouvernement sarde, sur la proposition de Mgr Billiet, archevêque de Chambéry, ordonna une enquête pour déterminer la nature de ces maladies, leurs causes et les moyens d'y remédier. La commission nommée à cet effet publia son rapport en 1848. Quelques années après (1859), une enquête du même genre fut faite en Autriche ; Skoda en consigna les résultats dans un rapport paru en 1861. A son tour, le gouvernement français nomma, en 1862, une commission présidée tout d'abord par Rayer, qui fut chargée de réunir dans un travail d'ensemble les observations et renseignements recueillis en France sur le goître et le crétinisme, ainsi que les moyens propres à enrayer les progrès du mal. Cette commission, dont la plupart des membres furent plusieurs fois renouvelés, aboutit enfin en 1873 à la publication dressée par Baillarger. Concurremment aux travaux officiels venaient au jour de nombreuses études émanant de l'initiative privée ou de membres de commission dissidents.

Depuis une vingtaine d'années, la production de travaux sur le goître s'est prodigieusement ralentie, et ce n'est que de loin en loin à présent qu'on agite incidemment une question qui, à un moment donné, fut à l'ordre du jour de nombre de sociétés savantes. Serait-ce que, grâce aux mesures proposées, on aurait vu peu à peu disparaître ce fléau contre lequel on avait provoqué une véritable levée de boucliers ou n'y a-t-il pas là une affaire de mode ? Cette seconde hypothèse me paraît plus plausible. Il est des questions qui passionnent une génération et qui laissent la suivante indifférente. Le goître, semble-t-il, ne méritait peut-être ni cet excès d'honneur, ni cette indignité. Quoiqu'il en soit, il m'a paru, qu'à raison de la demi-obscurité dans laquelle était laissée actuellement son étude, il pourrait ne pas être sans intérêt de présenter les quelques constatations que j'avais été à même de faire sur ce sujet dans l'Aveyron et plus particulièrement à l'asile des aliénés sur les malades originaires de ce département.

Mais, avant de les exposer, il convient tout d'abord de dire ce qu'il faut entendre par ce mot goître : « Le goître, d'après la définition de Morel (1), est un accroissement anormal, une hypertrophie de la glande thyroïde qui, dans quelques circonstances, peut se produire d'une manière aiguë, mais qui, le plus souvent, se développe d'une façon lente, insidieuse, et influe à la longue sur la constitution des individus, au point d'amener parfois un état de cachexie générale. » Où commence l'accroissement anormal, l'hypertrophie? On ne saurait répondre d'une façon précise, le poids normal de la glande thyroïde variant d'après les auteurs. Les anatomistes français s'accordent, cependant, en général, pour reconnaître que ce poids ne dépasse pas 30 gr. Cruveilhier, Beaunis et Bouchard admettent ce chiffre comme moyenne, Sappey l'évalue à 22 ou 24 gr., pour lui, Meckel, en la portant à 33 gr. et M. Legendre, surtout, en l'élevant à 50 gr., l'ont exagéré. « Lorsque le corps thyroïde atteint ce dernier poids, dit-il, il excède ses dimensions ordinaires et doit être considéré comme hypertrophié ou altéré. »

Un de mes excellents confrères et amis, M. le Dr Sérieux, a bien voulu, sur ma demande, peser un certain nombre de glandes thyroïdes de malades femmes, prises au hasard, dont il a eu occasion de faire l'autopsie à l'asile de Villejuif. Voici les résultats qu'il a obtenus :

(1) Du goître et du crétinisme. (Archives générales de médecine, 1863, 1864).

NOMS	AGE.	LIEU de naissance.	PROFESSION.	NATURE des troubles mentaux.	CAUSES de la mort.	POIDS du corps thyroïde
Ter	38	La Fère (Aisne) ...	Fille soumise ...	Hystérie..........	Tuberculose pulm	33 gr
Vant	44	Rouen	Sans..........	Paralysie générale.	Congestion cérébrale..	12
Hard	62	Puttelange (Alsace-Lorraine)........	Sans	Affaiblissement intellectuel........	Ramollissemt cérébral.	78
Mor... ..	49	Coimy (Aisne)......	Domestique.....	Paralysie générale.	Paralysie générale....	19
Lap.....	48	Paris	Blanchisseuse...	Paralysie générale.	Paralysie générale....	6
Mar......	54	Paris	Cartonnière.....	Mélancolie.........	Pneumonie..........	26
Fer	65	Chartres (E.-et-Loir)	Journalière....	Affaiblissement intellectuel........	Ramollissemt cérébral.	12
Nev......	32	Châteaudun id.....	Culottière	Paralysie générale.	Paralysie générale....	18
Mir......	62	Meriel (S.-et-Oise).	?	Démence..........	Pneumonie..........	23
Mar......	79	Bartronville id.....	?	Démence..........	Entérite.............	15
Schu	33	Paris	Fleuriste.......	Paralysie générale.	Paralysie générale....	15

Si, de ce tableau, on élimine la malade dont la glande thyroïde pèse 78 gr. et qui est manifestement goîtreuse, on trouve que la moyenne du poids de la glande serait, d'après cette statistique, de 17 gr. 9.

En se basant sur ces différentes données, on voit qu'on est loin d'exagérer, en considérant comme goîtreuse toute personne dont le poids de la glande thyroïde constaté à l'autopsie dépasse 30 gr.

D'après Baillarger (1) qui s'est basé sur les tableaux des cas de réforme fournis par le recrutement, l'Aveyron occupe le 35e rang dans le classement des départements par ordre de fréquence du goître ; on y compterait 17 goîtreux pour mille habitants. Un de mes prédécesseurs à l'asile de Rodez, le Dr Faucher, a signalé dans deux ou trois de ses rapports, notamment dans celui de 1880, l'existence d'un certain nombre de cas de goître chez les aliénés du département, mais sans y insister.

Ces cas sont, en proportion, assez considérables, ainsi qu'on peut s'en rendre compte à première vue, lorsqu'on visite l'asile. Quelques malades présentent un goître énorme. Chez un plus grand nombre, il offre un développement moins considérable ; ceux qui n'ont pas de goître bien dessiné ont, ce qu'on a l'habitude d'appeler, le cou gros, qui serait mieux dénommé, à mon avis, *cou conique* ; chez ces personnes, en effet, par suite de la tuméfaction diffuse de la glande thyroïde, le cou, au lieu d'être cylindrique, affecte la forme d'un cône plus ou moins accentué. J'ai examiné avec grand soin tous les

(1) Recherches sur le goître et le crétinisme. Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène de France, 1873.

aliénés originaires du département présents à l'asile au 31 décembre 1892, je leur ai fait mettre complètement à nu le cou et la poitrine, j'ai exploré leur glande thyroïde par la palpation pratiquée surtout pendant le déplacement de cette glande (ascension) lié aux mouvements de déglutition ; j'ai eu aussi recours à la mensuration du tour de cou au niveau de la glande thyroïde, et j'ai ainsi constaté l'existence de 111 cas de goître très nets sur 365 malades, soit une proportion de 29 %.

Sur ces 111 goîtreux, 19 avaient un goître énorme, 34 un goître très accentué, 58 un goître bien net.

Mais l'examen sur le vivant ne fournit que des données approximatives pour les goîtres peu prononcés ; il est, en effet, moins facile qu'on ne le croit d'apprécier exactement par le palper le volume d'une glande thyroïde, à raison de sa situation en arrière des muscles sous-hyoïdiens et sterno-cléido-mastoïdiens, surtout lorsque ces muscles présentent un certain développement. L'abondance du tissu adipeux, variable avec les individus, gêne encore notablement la palpation, et fait qu'on ne peut tenir non plus grand compte des indications que donne la mensuration du cou au niveau du corps thyroïde. Ce dernier procédé est d'ailleurs sujet à maintes autres causes d'erreur : le sexe, l'âge, la taille, peuvent modifier très sensiblement les données fournies par ce mode d'examen. Quant au procédé qui permet de diagnostiquer le goître en s'appuyant sur ce fait que le corps thyroïde adhérant à la trachée, suit tous les mouvements de ce conduit, il ne facilite pas toujours autant qu'on veut bien le dire l'exploration de la glande thyroïde.

En présence de ces causes d'erreur, j'ai cru bon de contrôler à l'autopsie, chaque fois que l'occasion s'en présentait, les constatations que j'avais faites du vivant des malades ; j'ai pu, par ce moyen, me rendre compte qu'un certain nombre de goîtres avaient échappé à mon examen sur le vivant, et que la proportion des goîtreux était en réalité beaucoup plus forte. Pour arriver à un résultat d'une exactitude incontestable, je me suis décidé alors à peser et à examiner les glandes thyroïdes de tout malade qui venait à décéder. Mon examen (1) a porté sur 35 malades, goîtreux ou non, pris au hasard, décédés à l'asile de novembre 1892 à aujourd'hui. Les poids constatés ont été les suivants que j'ai classés par ordre de progression ascendante.

(1) Cet examen a été fait en collaboration avec M. Fenayrou, interne à l'asile, qui se propose de le continuer, et d'en consigner les résultats dans sa thèse inaugurale.

NOMS.	AGE.	SEXE.	PROFESSION.	NATURE des TROUBLES MENTAUX.	CAUSES DE LA MORT.	POIDS du corps thyroïde
B..., Rose	75	f.	Sans	Démence	Cachexie	18 gr
T..., Anaïs	26	f.	Sans	Epilepsie, folie épileptique	Endo-péricardite infectieuse aiguë	18
M..., Jean-Baptiste	60	m.	Aubergiste	Paralysie générale	Attaques épileptiformes	19
G..., François	14	m.	Sans	Idiotie	Tuberculose pulmonaire	20
A..., Henri	19	m.	Sans	Idiotie	Entérite chronique	21
M..., Augustin	24	m.	Cultivateur	Démence	Tuberculose pulmonaire	22
A..., Marie	90	f.	Sans	Démence	Pleuro-pneumonie	25
T..., Nathalie	46	f.	Sans	Paralysie générale	Broncho-pneumonie	26
B..., Jean-Antoine	48	m.	Cultivateur	Paralysie générale	Tuberculose pulmonaire	32
C.., Elisabeth	72	f.	Journalière	Démence		
G..., Emile	54	m.	Manœuvre	Imbécillité	Affection organique du cœur	34
S..., Régis	53	m.	Représentant de commerce	Paralysie générale	Mal de Bright. Urémie	37
B..., Antoine	71	m.	Sans	Imbécillité	Congestion cérébrale	38
M..., Marie	26	f.	Sans	Epilepsie et débilité mentale	Tuberculose pulmonaire	40
T..., Antoine	70	m.	Serrurier	Mélancolie	Broncho-pneumonie	41
H..., Pierre	31	m.	Sans	Imbécillité	Pneumonie aiguë	43
D..., Louis	41	m.	Gantier	Démence	Tuberculose pulmonaire	45
B..., Albert	47	m.	Tanneur	Démence	Pneumonie aiguë	47
B.., Alphonse	48	m.	Entrepreneur de travaux	Démence	Pleuro-pneumonie	51
J..., Pauline	52	f.	Sans	Délire chronique	Asphyxie par bol alimentaire	52
C..., Anne	64	f.	Sans	Démence	Tuberculose pulmonaire	55
T..., Eugène	54	m.	Etudiant	Démence	Septicémie	62
G..., Etienne	37	m.	Cultivateur	Débilité mentale avec dépression mélancolique	Pneumonie aiguë	65
					Congestion pulmonaire	69
C..., Jean	29	m.	Ferblantier	Imbécillité	Endo-péricardite aiguë	75
B..., Marie	33	f.	Sans	Mélancolie	Tuberculose pulmonaire	79
B..., Honoré	53	m.	Sans	Démence	Congestion pulmonaire	82
C.., Marie	65	f.	Domestique	Débilité mentale avec idées de grandeur	Affection organique du cœur	85
P..., Justine	66	f.	Journalière	Démence	Cachexie	96
J..., Etienne	74	m.	Cultivateur	Débilité mentale avec idées de persécution	Affection organique du cœur	107
T..., Françoise	66	f.	Sans	Débilité mentale avec idées de persécution	Pneumonie aiguë	128
L..., Xavier	67	m.	Boucher	Démence	Pneumonie aiguë	139
M..., Emilie	47	f.	Sans	Démence	Congestion cérébrale	160
R..., Joseph	58	m.	Sans	Mélancolie	Tuberculose pulmonaire	163
N..., Clarisse	40	f.	Ménagère	Débilité mentale et mélancolie	Asphyxie	167
T..., Simon	68	m.	Cultivateur	Débilité mentale avec idées de persécution et de grandeur.	Artério-sclérose (asystolie)	431

Il ressort de ce tableau que, si on considère comme hypertrophiée toute glande dont le poids est supérieur à 30 gr., 27 de mes malades sur 35 sont goîtreux, ce qui donne la proportion énorme de 77 goîtreux pour cent malades ; 23 pour cent seulement ont une glande thyroïde d'un poids égal ou un peu inférieur à la normale. Sans doute, il ne faut pas tenir grand compte des cas où le corps thyroïde n'est que légèrement hypertrophié, mais même en ne retenant que les glandes thyroïdes dont le poids dépasse 50 gr., on obtient encore une proportion de 50 pour 100. Nombreuses sont les glandes thyroïdes pesant de 60 à 100 gr., nombreuses encore celles dont le poids varie entre 100 gr. et 200 gr. Un seul de mes malades décédés avait un goître dont le poids était de 431 gr.

On sait qu'en règle générale on trouve dans la glande thyroïde, qu'elle soit ou non hypertrophiée, des altérations d'étendue et d'intensité variable, mais presque constantes ; mes constatations confirment ce fait, cependant, il faut dire que les glandes thyroïdes les moins volumineuses, celles dont le poids se rapproche de la normale ou ne le dépasse que de peu, sont aussi les moins altérées et parfois même, dans ce cas, il est impossible, à l'œil nu, de découvrir aucune lésion. Si l'on pratique des coupes cependant, on trouve presque toujours de la dégénérescence colloïde à un degré plus ou moins accentué ou de sclérose. La dégénérescence colloïde est certainement la lésion la plus commune, mais cette prédominance n'exclut pas la présence d'autres altérations qui peuvent coexister avec elle. On rencontre fréquemment des noyaux scléreux, parfois même calcifiés, plongés au sein d'un tissu glandulaire qui peut paraître inaltéré ou qui a subi au contraire la dégénérescence colloïde ; d'autres fois on observera l'existence de kystes renfermant soit du sang, soit un liquide citrin ou plus ou moins louche, parfois même purulent, comme je l'ai constaté une fois. Jamais, bien que j'ai fait un certain nombre d'autopsies de tuberculeux, je n'ai trouvé de lésions manifestement tuberculeuses du corps thyroïde. Les noyaux scléreux et les kystes que l'on rencontre si fréquemment, sont de grosseur très variable : les uns n'ont guère que le volume d'un petit pois, d'autres au contraire atteignent celui d'une grosse noix. Lorsqu'ils sont profondément situés ils ne produisent pas, bien qu'ils soient volumineux, de saillie bien nette à la surface du corps thyroïde, mais amènent plutôt une déformation générale de la glande ; lorsque, au contraire, ils sont superficiels, leur présence se traduit par des éminences plus ou moins prononcées suivant leur volume ; dans certains cas même,

où l'induration est assez accentuée, la palpation du cou permet de reconnaître leur existence à travers la peau et les muscles de la région sous-hyoïdienne. Quand on a fait une pareille constatation, on peut habituellement affirmer l'existence d'un goître assez accentué.

La glande thyroïde normale est composée de deux lobes latéraux inégaux ; le lobe droit l'emporte toujours en volume et en poids sur le gauche ; ces deux lobes sont réunis par un isthme en général peu développé, qui passe au devant de la trachée en envoyant vers l'os hyoïde un prolongement désigné sous le nom de pyramide de Lalouette. Quand le corps thyroïde est hypertrophié, le lobe droit conserve presque toujours sa prédominance et s'accroît plus que le gauche. J'ai constaté habituellement ce fait, au cours des autopsies que j'ai pratiquées ; cependant, dans quatre cas, le lobe gauche était plus lourd que le droit. Pour ce qui est du lobe médian, il ne participe que rarement à l'hypertrophie de la glande ; parfois, son volume est considérablement réduit ; il peut même manquer complètement, et alors les lobes latéraux sont absolument distincts ; c'est ce que j'ai constaté une fois à l'autopsie. Presque jamais on n'observe l'existence d'une saillie nettement médiane, le plus souvent, les tumeurs que l'on prend pour des goîtres médians sont formés, non aux dépens de l'isthme, mais à ceux de l'un ou de l'autre des lobes latéraux ; il y a toutefois de rares exceptions dans lesquelles l'hypertrophie porte également sur les diverses parties de la glande ; elles concernent d'ordinaire des goîtres très volumineux. La pyramide de Lalouette, dont l'existence n'est même pas constante, ne mérite pas d'attirer l'attention.

Le goître observé chez mes malades ne prend pas naissance à l'asile, il est antérieur à leur admission. Pour m'assurer du fait, j'ai eu la précaution de mesurer le tour de cou des malades à leur entrée ; j'ai renouvelé ces mensurations avant la rédaction de ce travail, et j'ai constaté qu'il s'était produit peu d'écart entre les mensurations anciennes et les nouvelles : les aliénés entrés goîtreux sont restés goîtreux, ceux qui ne l'étaient pas ne le sont pas devenus. Ce qui prouve encore que l'asile n'est pas goîtrigène, c'est que le goître n'est pas plus fréquent chez les aliénés qui comptent de nombreuses années de séjour à l'établissement, que chez ceux dont l'internement est de date récente.

Sur l'ensemble de la population Aveyronnaise on observe des cas de goître, mais leur fréquence et leur importance est bien moindre que chez les aliénés ; c'est un fait dont on se rend facilement compte

lorsqu'on a eu l'occasion de parcourir le département. Pour donner des chiffres de comparaison plus précis, j'ai examiné le cou de tous les infirmiers ou infirmières qui ont passé à l'asile dans un laps de temps de 6 mois, avec les mêmes procédés auxquels j'avais eu recours, pour les aliénés ; ces infirmiers ou infirmières sont au nombre de 43 ; sur ce nombre, 4 seulement m'ont paru avoir un développement exagéré du corps thyroïde, ce qui donne une proportion de 9 % de goîtreux pour la population ordinaire.

Mes recherches n'ont pas seulement porté sur le goître mais encore sur le crétinisme et la surdi-mutité, affections qui sont parfois la conséquence ou qui ont avec lui des rapports très étroits.

L'asile de Rodez ne renferme pas de crétins complets. Une seule de mes malades présente la plupart des signes caractéristiques du crétinisme. Voici son observation.

G..., Marie-Rosalie, née dans le canton de Rodez, a été placée à l'asile le 4 septembre 1873, à l'âge de 34 ans.

Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires.

D'après le certificat d'admission, elle était atteinte, depuis sa naissance, d'idiotie ou de crétinisme congénital ; elle s'était signalée au dehors par un manque absolu d'intelligence, et avait manifesté de mauvais instincts ainsi que des tendances homicides et incendiaires.

Pendant les premières années de son séjour à l'asile, elle était sujette à des agitations au cours desquelles elle devenait violente et cherchait à frapper les autres malades. Aujourd'hui, elle est toujours dans le même état de calme absolu ; elle ne parle pas et pousse seulement quelques cris inarticulés ; lorsqu'on lui adresse la parole, elle ne paraît pas comprendre ce qu'on lui dit. Sa physionomie sans expression ne se modifie jamais, ne laisse jamais percer aucun sentiment quelconque, soit de joie, soit de tristesse. Elle n'a jamais manifesté la moindre affection pour personne.

Elle se donne peu de mouvement et resterait sans cesse à la même place si on ne la forçait à se mouvoir ; le plus souvent, elle se tient assise sur un banc et balance indéfiniment son corps d'une façon rythmique.

Elle est incapable de se vêtir elle-même ; elle ne mange même pas seule ; son appétit est vorace, elle avale gloutonnement et, pour ce motif sans doute, elle est sujette à des crises diarrhéïques qui persistent parfois très longtemps. Elle est toujours malpropre et gâte nuit et jour.

Elle n'a jamais été réglée régulièrement ; il lui arrive seulement

de loin en loin, et à des intervalles irréguliers, de perdre quelques gouttes de sang. Jamais elle n'a manifesté d'appétit vénérien ; on n'a pas remarqué qu'elle se livrât à l'onanisme. Il semble qu'elle ait un certain sentiment de pudeur, c'est ainsi qu'elle paraît vouloir résister lorsqu'on la découvre pour la soumettre à l'examen.

L'examen physique du corps permet de relever les particularités suivantes :

Face très large surtout au milieu du nez et de la bouche, bouffissure exagérée des joues. Front relativement étroit, cheveux châtain-foncé, n'ont pas commencé à grisonner, nez épaté. Lèvres épaisses ; de la lèvre inférieure pendante s'écoule sans cesse de la bave. Nanisme des dents qui sont très écartées les unes des autres. Prognathisme prononcé de la mâchoire inférieure.

Pas de blépharite ciliaire.

Oreilles assez bien conformées.

Cou gros et court qui paraît encore plus court par suite de l'existence d'un goître assez volumineux.

Seins normalement conformés.

Le ventre ne présente rien de particulier. Peu de poils au pubis.

Les bras sont courts, les mains grosses et petites, les doigts et les ongles aussi sont courts.

Les pieds sont plats et volumineux, mais courts. La peau qui recouvre les membres paraît d'une façon générale œdématiée. Cette particularité s'observe dans toute sa netteté au niveau des mains et des pieds.

Chez certains autres malades, on relève des stigmates de crétinisme, mais isolés.

La rareté des crétins dans un établissement où se trouvent tant de goîtreux n'implique nullement leur absence dans le département ; elle trouve son explication dans ce fait que les crétins sont généralement inoffensifs et comme tels, ou bien sont laissés en liberté, ou bien sont recueillis dans les hospices. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que j'en ai rencontré un certain nombre à l'hospice de Rodez ; plusieurs de ceux que j'y ai observés se rapprochaient au moins autant que la femme dont je donne plus haut l'observation du véritable crétin. Le docteur Bonnefé, médecin de la maternité de Rodez, m'a dit qu'il n'était pas très rare d'y observer des filles-mères d'un niveau intellectuel très borné et rappelant par plus d'un point la crétine.

La folie est très fréquente dans l'Aveyron. Le chiffre de la popu-

lation de l'asile ne représente pas exactement le nombre des aliénés du département qui est en réalité beaucoup plus considérable. Nombre de malades dont le délire ne paraît pas trop caractérisé ou qui sont considérés comme inoffensifs, errent en liberté et ne sont pas internés. De plus, une foule d'obstacles surgissent quand il est question de la séquestration d'un aliéné, ce qui fait que l'internement est indéfiniment retardé ou remis jusqu'au jour où cette mesure s'impose d'elle-même à la suite d'un crime par exemple. Aussi la proportion d'aliénés criminels (1) est bien plus élevée pour notre établissement que pour la plupart des autres asiles.

Les hospices abritent aussi beaucoup d'aliénés ; j'ai pu m'en rendre compte en visitant celui de Rodez où sont hospitalisés un grand nombre d'idiots, d'imbéciles et de débiles que l'on y garde tant qu'ils ne sont pas trop encombrants et surtout dangereux ; il en est certainement de même pour les autres hospices du département. A l'asile ce sont aussi les folies dégénératives qui prédominent et parmi elles les formes inférieures, débilité mentale, imbécillité et idiotie ; les délires que l'on observe se présentent ordinairement avec les caractères particuliers qu'ils revêtent chez les dégénérés. Les psychoses pures sont rares.

La surdi-mutité paraît être fréquente dans le département de l'Aveyron ; ce qui nous confirme dans cette idée, c'est l'existence à Rodez d'une institution de sourds-muets. Il existe peu d'établissements de cette nature en France, et si on en a créé un dans l'Aveyron, pays très pauvre et fort arriéré au point de vue de l'assistance, il a fallu que la nécessité s'en fit bien sentir.

(1) La proportion des aliénés dits criminels présents à l'asile au 31 décembre 1892 était de 27 0/0 pour les hommes et de 8 0/0 pour les femmes. En voici, au reste, le détail :

	Hommes.	Femmes.
Parricides	3	
Meurtres	6	2
Tentavives de meurtre	10	
Coups et blessures graves	17	5
Incendies ou tentatives d'incendie	10	8
Tentative de déraillement	1	
Vols	7	
Viol	1	
Attentats à la pudeur	3	
Total	58	15
Tentatives de suicide	5	15
Totaux	63	30

Le développement du goître se produit-il dans l'Aveyron sous l'influence des mêmes facteurs étiologiques que ceux que l'on incrimine ailleurs, ou bien reconnaît-il des causes particulières à la région? C'est là ce que j'ai essayé de déterminer.

Le département de l'Aveyron, situé sur la ligne de partage des eaux entre le versant de l'Océan et celui de la Méditerranée, est environné au nord, au sud et surtout à l'est, de hautes montagnes, desquelles partent, suivant une direction générale de l'est à l'ouest, plusieurs chaînes de montagnes ou de collines qui établissent ainsi les limites des bassins de diverses rivières qui coulent dans le département. La hauteur de ces montagnes varie entre 600 à 1,200 mètres. Au fond des vallées qu'elles limitent et qui sont parfois extrêmement étroites et profondes, coulent les rivières du Lot, de l'Aveyron, du Viaur et du Tarn et leurs affluents. Des plateaux très étendus, formés de terrains de nature variable, s'étendent entre ces diverses chaînes de montagne à une altitude variant de 400 à 800 mètres. D'une façon générale, on peut dire que l'Aveyron est formé d'une série de plateaux d'une altitude inégale plus déprimés vers le centre et vers l'ouest qu'au nord et au sud. La nature géologique est loin d'être identique : les uns sont composés de terrains granitiques et schisteux; on les désigne dans le pays sous le nom de ségala, pays à seigle, parce qu'on y cultive surtout cette céréale, le terrain n'étant guère propice à la culture du blé ; les autres sont entièrement calcaires, et pour cette raison connus sous le nom de causses.

J'ai recherché si le goître était limité à certaines parties du département, plus fréquents par exemple dans certains arrondissements, que dans d'autres. La statistique que je donne est basée sur le relevé des lieux de naissance des aliénés atteints de goître, internés à l'asile de Rodez et originaires du département de l'Aveyron. Quant aux proportions que j'établis, elles indiquent simplement, par arrondissement, le rapport du nombre d'aliénés goîtreux au chiffre total de la population.

29 malades appartenant à l'arrondissement d'Espalion sont atteints de goître, ce qui donne une proportion de 0,045 goîtreux pour 1,000 habitants. Cette affection serait surtout fréquente dans les cantons d'Espalion, Saint-Geniez, et encore plus dans celui de Laguiole. L'altitude de ce dernier est très grande ; c'est un des points les plus élevés du département et, pour ce motif, désigné dans le pays sous le nom de Montagne ; on y trouve surtout de vastes plateaux et des collines séparant des vallées profondes ; le climat est très rigoureux, et la

neige y séjourne une partie de l'année, le terrain est généralement formé de roches basaltiques ou granitiques, les cantons d'Espalion et de Saint-Geniez, bien que moins élevés, présentent cependant des points situés à une altitude assez considérable. Ils sont traversés par le Lot, dont la vallée est d'une étroitesse remarquable et d'une grande profondeur. Le climat y est plus doux que dans le canton de Laguiole, les terrains dominants sont le calcaire liasique et les schistes micacés et talqueux.

L'arrondissement de Rodez vient après celui d'Espalion ; nous trouvons à l'asile 29 goîtreux originaires de cet arrondissement, nous donnant une proportion de 0,037 pour 1,000. Les cantons de Pont-de-Salars, Marcillac et Conques sont les plus éprouvés. Comme toujours nous trouvons des vallées profondes et des gorges étroites, surtout dans le canton de Pont-de-Salars, qui est traversé par le Viaur, dont le cours est encaissé ainsi que ses affluents. Les terrains qu'on y rencontre y sont très variés, cependant le gneis, les schistes minacés et talqueux, les terrains calcaires prédominent. L'altitude est généralement moindre que dans l'arrondissement d'Espalion.

L'arrondissement de Millau, moins éprouvé puisqu'il n'a que 0,029 pour 1,000 habitants, présente surtout cette affection dans le canton de Campagnac, contigu et analogue comme composition de terrain à celui de Saint-Geniez, et dans le canton de Nant ; celui-ci, situé au sud-est du département, sur les frontières du Gard, est surtout formé de plateaux calcaires assez élevés, parcouru cependant par la Dourbie qui coule au fond d'une vallée très profonde et très étroite.

L'arrondissement de Saint-Afrique est moins atteint (0,026 pour 1,000).

Celui de Villefranche est le plus épargné (0,008 pour 1,000).

Les terrains dominants y sont : pour Saint-Affrique, le calcaire et les grès et marnes rouges ; pour Villefranche le calcaire et le granit. Il est à remarquer que l'arrondissement de Villefranche est le moins élevé et que c'est dans lui seul qu'on trouve quelques plaines assez vastes.

Il semble donc que le goître soit particulièrement fréquent dans les points où l'on trouve des vallées profondes et des gorges étroites à côté d'endroits situés à une assez grande altitude. Les terrains sur lesquels on le rencontre sont très variés, c'est aussi bien le calcaire que les roches granitiques ou basaltiques, en sorte qu'il est bien difficile d'établir une relation quelconque entre le goître et la nature des terrains. D'ailleurs cette maladie ne sévit pas exclusivement dans

quelques localités, mais presque partout on en trouve des cas, sur tous les terrains, à toutes les altitudes, dans les pays de plaines comme dans les plus accidentés. Il est établi, et nous l'avons nous-mêmes constaté, que dans la région on trouve des villages placés dans des conditions à peu près identiques, bâtis sur un sol de même nature, et dont les uns ont une population goîtreuse en majeure partie, tandis que les autres sont à l'abri des atteintes de cette affection.

Diverses opinions ont cours dans les localités où sévit le goître, pour expliquer la production de cette affection. Elles varient d'un endroit à l'autre, quelques-unes sont plus généralement admises.

L'eau est fréquemment incriminée ; certaines sources passent pour goitrigènes. C'est ainsi que le nombre considérable de goîtreux qu'on comptait autrefois parmi les habitants de Castelnau, village situé dans l'arrondissement de Rodez, a beaucoup diminué, m'a-t-on dit, depuis qu'on a cessé de boire l'eau d'une source à laquelle on s'approvisionnait jadis.

Dans le pays à vallées profondes, à hautes montagnes, où tous les charrois se font à dos d'homme, et où on porte beaucoup de fardeaux sur la tête, on attribue la production du goître à ce fait ; c'est ce qui se produit principalement dans les cantons de Marcillac et de Conques. Il ne faut pas sans doute attacher une grande importance à cette théorie, car, malgré l'existence de la même cause, le goître n'est pas uniformément répandu dans la même contrée.

Les habitants du ségala croient que le châtaignier est la cause de développement du goître ; ils ne cherchent pas d'ailleurs à justifier leur opinion qui est à mon avis le résultat de l'interprétation erronée de faits d'observation exacts.

On rencontre en effet cet arbre principalement dans les gorges, dans les vallées profondes, et c'est là aussi que le goître s'observe avec sa plus grande violence. Mais il ne faut voir dans ces faits qu'une simple coexistence ; il n'y a pas lieu d'établir entre eux une relation de cause à effet.

Il faut encore, pour expliquer la fréquence du goître, tenir compte de ce fait que beaucoup de jeunes gens, désireux de se soustraire au service militaire, cherchent jusqu'au moment de la conscription à se donner le goître s'ils sont indemnes, ou l'entretiennent avec soin et s'abstiennent de tout traitement s'ils en sont atteints.

En réalité, comme on trouve des goîtreux un peu partout, dans les conditions les plus diverses, je suis porté à croire, comme on

l'admet généralement aujourd'hui, que le goître est produit par un microorganisme. Celui-ci pourrait être propagé par l'eau, et son introduction dans l'économie par l'intermédiaire de ce liquide serait la cause déterminante de la maladie ; cette hypothèse est confirmée par le fait signalé par Baillarger de la destruction ou tout au moins de l'atténuation de la propriété goîtrigène des eaux par la cuisson. Les autres facteurs ne seraient pas nécessairement exclus. Il y a assurément à faire jouer un rôle à une série de causes adjuvantes, telles que l'action de porter un poids sur la tête, l'essoufflement dû à des montées très rapides, l'humidité du pays, la misère, la mauvaise alimentation, le manque d'eau, les mauvaises conditions hygiéniques des habitations, etc. Peut-être la nature des terrains influe-t-elle comme cause occasionnelle sur le développement du goître ; on peut très bien admettre que des eaux contenant en solution ou en suspension diverses matières minérales, végétales ou animales, peuvent former un milieu de culture plus ou moins favorable pour le microbe.

Que résulte-t-il de l'ensemble des faits que je viens d'exposer? Il ressort tout d'abord que le goître est assez fréquent chez les Aveyronnais en général ; cette fréquence est beaucoup plus marquée chez les aliénés que chez les autres habitants du département.

L'influence dégénératrice du goître se retrouve chez une partie de la population et se manifeste sous différentes formes dont les principales sont le crétinisme, la surdi-mutité et la folie. Le crétinisme, conséquence directe du goître, n'est pas rare, la surdi-mutité non plus. La folie est encore plus répandue ; ce ne sont pas les folies vésat niques, les psychoses pures que l'on observe généralement, la grande majorité des aliénés du département se compose de malades manifestement dégénérés, de débiles, d'imbéciles ou d'idiots. C'est sur ce fond de dégénérescence mentale que vient se greffer parfois le délire dont l'apparition est la cause déterminante de l'internement du malade. La fréquence de l'aliénation mentale et en particulier des folies dégénératives me paraît en rapport avec celle du goître, étant donné surtou qu'il s'agit d'un département où d'autres facteurs, tels que les intoxications, alcoolisme, tabagisme, saturnisme, morphinisme, la syphilis, le surmenage, etc., ne jouent, à raison de leur rareté, qu'un rôle très restreint.

Je ne veux certainement pas attribuer au goître une influence exclusive au détriment d'autres causes de folie qui agissent ici aussi puissamment qu'ailleurs, de l'hérédité par exemple ; j'ai eu seulement le désir d'attirer l'attention sur la fréquence et les efforts d'un facteur

spécial de dégénérescence, le goître, dont l'action est loin d'être négligeable.

Il serait intéressant, au point de vue prophylactique, de connaître les causes de cette affection. Mes recherches ne m'ont fourni aucune donnée nouvelle ; j'ai rencontré ici l'existence des facteurs étiologiques déjà signalés par les auteurs. Des influences multiples agissent sur l'individu pour produire le goître. Que cette maladie soit ou non due à un microorganisme, son développement n'en est pas moins subordonné à un grand nombre de causes occasionnelles ou accessoires, dont il n'est guère possible actuellement de déterminer le rôle avec précision.

OBSERVATION DE PERSÉCUTEUR-MIGRATEUR

Par MM. les Drs Marie et Frièse (de Mayenne).

Le malade, âgé de 44 ans, est un dégénéré réticent, mais raisonnant et sans hallucinations avouées ; il a suivi une évolution intéressante. Tout d'abord, pendant plusieurs années, c'est un inquiet, fuyant des persécutions mal définies, mais semblant rouler surtout sur la crainte de se voir dépouiller d'un héritage qu'il a d'ailleurs capté à un oncle lequel paraît avoir eu un état mental analogue au sien.

Ses migrations le portent jusqu'en Amérique qu'il sillonne pour fuir ses ennemis imaginaires, il paraît à cette époque avoir redouté surtout des poursuites de la part de ses frères co-héritiers naturels frustrés, ses craintes ne paraissent d'ailleurs pas avoir été justifiées et à son retour en France sa famille ne paraît lui avoir en rien gardé rancune. L'attitude de ses frères après l'internement mérite même d'être signalée par la difficulté qu'ils ont opposée à toutes tentatives d'éclaircissement, il semblait qu'il y eut entre eux et lui une sorte de conspiration du silence ; la famille a, de plus, fait des réclamations réitérées aux autorités pour la mise en liberté, sans penser un seul instant à admettre l'hypothèse de la folie.

L'accès du parloir dut même être interdite à une personne envoyée par eux, sous un faux nom, pour correspondre avec le malade. Nous donnons ces détails pour bien montrer que les collatéraux immédiats du malade paraissaient partager, jusqu'à un certain point, ses con-

ceptions morbides ou tout au moins son état de débilité mentale soupçonneuse.

Le malade, après ses premières pérégrinations, rentre enfin en France ; à ce moment correspond la banqueroute du notaire auquel il a confié ses fonds, ses craintes semblent ainsi se réaliser et dès lors son trouble mental entre dans une phase nouvelle ; ce n'est plus un persécuté craintif qui fuit, c'est un persécuteur qui se dresse en vengeur ; il a mission de punir le notaire failli, complice de ses ennemis; au lieu de fuir l'ennemi, il le cherche. Entre temps le notaire est mort mais notre malade repousse cette idée et entreprend à travers la France un vagabondage de plusieurs années à la recherche de son homme. Arrêté souvent comme vagabond, il justifie de moyens d'existence réels qui lui restent, mais, de temps à autre, il se retourne contre la veuve et l'orphelin de sa victime insaisissable et il les harcelle, survenant à l'improviste 10 à 20 fois de suite pour leur réclamer son argent et le secret du lieu où se cache son voleur ; sur leur refus, il les menace de mort et leur inspire une terreur telle, que le fils fuit à son tour en Amérique. La veuve, restée seule, finit par être malmenée; à tel point qu'elle appelle un jour à l'aide, alors qu'elle allait peut-être succomber (le malade était armé d'un revolver et d'une canne à épée); arrêté et emprisonné, il simule une incohérence grotesque qui réussit néanmoins à provoquer un examen médical sur rapport de police.

Nous extrayons de ce rapport le passage suivant :

« Interpellé, l'inculpé répond :

Je me nomme Ch. B..., âgé de 37 ans, né le 1er février 1850, à L..., de E... et de Catherine Ch. R...

J'ai trois femmes, Pauline, Charlotte et Catherine, elles sont toutes les trois sur le trimard.

D. Qu'est-ce que c'est que ce trimard ?

R. Je faisais la chasse aux alouettes. Donnez-moi du pain, je meurs de faim. Donnez-moi un bouillon.

L'inculpé se couche à terre.

D. A quel endroit habite votre femme Catherine.

R. Garçon, donnez-moi un bouillon. Quel sale restaurant, il n'y a pas moyen de boulotter, je ne suis pas un voleur. Je vais changer de piaule et si on ne me donne pas ce qu'il faut, je vais casser tout dans ta sale gargotte.

Je vais porter plainte au commisaire de police qui est un sale mastroquet (Lui faisant remarquer que c'était nous-même le commissaire de police, il nous répond) : Vous êtes un sale mastroquet.

D. Où habitez-vous ?

R. Il y a longtemps que j'habite Bordeaux, je meurs de faim, donnez-moi un bouillon. Se tournant vers les gardiens de la paix, il leur dit : qu'est-ce qui m'a foutu des garçons comme ça, qui ne veulent pas me servir, etc...

A l'asile, la simulation est déjouée, mais l'état mental sous-jacent est décélé et le malade maintenu comme persécuteur-migrateur ; expression qui tend à caractériser ses tendances particulières qui nous ont paru mériter une mention spéciale à côté des persécutés migrateurs décrits par Foville.

Voici le certificat de quinzaine dressé à la suite de l'internement :

« Le nommé Ch..., placé par arrêté préfectoral du 30 mars 1888, a été interné dans l'asile, à la suite d'une simulation grossière de la folie, pour éviter des poursuites judiciaires et la condamnation qui devait s'en suivre.

Son histoire, bien que très caractéristique, aurait besoin d'être élucidée un peu par une plus longue observation.

A la suite d'un héritage qu'il recueillait au détriment de nombreux parents, héritiers au même titre que lui, il est devenu ombrageux et défiant, quand tout à coup il vend le bien dont il a hérité et disparaît sans que personne sache ce qu'il est devenu.

Il est allé à Paris, de là au Havre, s'embarque pour New-York, part pour San-Francisco, revient à Chicago et rentre en France, s'étant à peine arrêté en route. A ce moment, il est simplement un persécuté migrateur et ses déplacements précipités le poussent uniquement à chercher la tranquillité qui le fuit partout.

Rentré dans sa famille, il y reste quelque temps, mais, bientôt, un événement va décider de sa vie et donner à son délire une impulsion nouvelle et une forme définie.

Lésé dans une faillite, il n'a plus qu'une pensée, poursuivre de sa vengeance les auteurs de la perte qu'il a éprouvée. Il va à main-armée réclamer son argent ; de ce fait, il est condamné à un mois de prison, qu'il subit ; aussitôt sa peine terminée, il disparaît encore et pendant 4 ans, sa famille reste sans aucune nouvelle de lui. De temps à autre, cependant, il va chez lui nuitamment, y prend ses titres au porteur, va en toucher les revenus à la recette voisine, retourne les cacher et s'enfuit sans que personne l'ait aperçu.

Pendant cette période, M. S..., le notaire, auteur de la perte de son argent, meurt ; mais, lui, ne veut pas croire à cette mort. Sa vengeance se retourne alors contre M[me] S... et son fils, qu'il harcèle et

menace à chaque instant. Le fils de Mme S... est obligé de s'expatrier pour échapper à ses poursuites incessantes. Le doute qu'il émet sur la réalité de la mort de M. S..., la disparition du fils, ne sont peut-être pas étrangers aux voyages en tous sens qu'il a fait pendant ces 4 années. Il a parcouru la France entière, département par département, et il n'est pas une ville qu'il ne connaisse. Il les retrouvera, nous a-t-il dit un jour, et ils ne mourront que de ma main ! Mme S..., restée seule à Bordeaux, a été dix fois menacée de mort par lui et c'est à la suite d'une dernière agression, le revolver à la main, il y a six semaines à peu près, qu'il a été envoyé dans l'asile.

Ch... est intelligent, ses voyages l'ont instruit, mais il est extrêmement défiant et ses récits sont pleins de réticences et de dissimulation. Pour nous, c'est un persécuté migrateur, doublé dans ces dernières années d'un persécuté-persécuteur des plus dangereux et qu'il faut maintenir dans un asile.

On remarquera l'évolution chronique et en quelque sorte progressive de la psychose avec une sorte d'exagération finale de la personnalité. D'autre part la simulation ne laisse pas que d'offrir quelque intérêt de la part d'un tel aliéné et dans les circonstances particulières où elle s'est produite.

« Certains aliénés, dit Foville, se déterminent par suite de la nature et de l'évolution de leur délire, à entreprendre des voyages plus ou moins lointains. Les pérégrinations de ces aliénés voyageurs ou migrateurs sont des actes volontaires réfléchis, conséquence raisonnée d'un délire systématique.

Elles ne doivent pas être confondues avec les impulsions inconscientes au déplacement auxquelles peuvent être sujets des imbéciles, des instinctifs, des épileptiques ou des déments. »

Ces migrateurs décrits par Foville appartiennent à deux groupes : chez les uns, il n'existe que des idées de persécution et ils veulent s'expatrier pour échapper à des ennemis imaginaires ; chez les autres, au délire des persécutions s'ajoutent des idées de grandeur systématisées, ils sont atteints de mégalomanie et voyagent dans l'espoir d'obtenir la réalisation de leurs ambitions chimériques. On pourrait proposer un groupe intermédiaire dans lequel rentreraient les persécutés persécuteurs analogues à celui dont nous rapportons le cas. Ball semble avoir en vue des malades de ce genre lorsqu'il décrit parmi les aliénés libres dangereux, un groupe de persécutés visiteurs raisonnants.

La séance est levée à 11 heures.

Séance du 5 août (soir).

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr CHRISTIAN

M. le Président donne la parole à M. le Dr Klippel, de Paris.

DU DÉLIRE DES ALCOOLIQUES

(*Lésions anatomiques et pathogénie*)

Par M. le Dr Klippel, chef de laboratoire de la Faculté de médecine.

A l'autopsie des malades ayant présenté l'une quelconque des formes du délire alcoolique, il est constant de trouver dans le cerveau des lésions des deux ordres : les unes sont communes et se rencontrent quelle que soit la forme particulière du délire (délirium tremens, délire subaigu, chronique, démence, etc.) ; les autres sont spéciales à telle ou telle forme clinique et sont surajoutées aux précédentes qui constituent, pour ainsi dire, un fond commun.

Nous allons étudier séparément ces deux groupes. Mais avant d'aller plus loin, nous remarquerons déjà que cette division implique que les lésions du premier groupe dérivent seules de l'alcool lui-même, que celles du second, essentiellement contingentes, sont surajoutées, à titre d'infection secondaire, par exemple, comme délirium tremens ou la paralysie générale.

I. — Lésions communes a toutes les formes :

Elles sont essentiellement de nature dégénérative. Elles portent sur les vaisseaux (artérioles et capillaires de l'encéphale) et sur les éléments nerveux eux-mêmes.

a. Lésions vasculaires. — Bien rarement les artères de la base sont le siège d'athérome ; l'hexagone de Wilis, les carotides, le tronc basilaire, les communicantes sont saines à la vue, à tel point que, dans les cas contraires, il nous a semblé plus logique de faire intervenir d'au-

tres facteurs, tels que l'arthritisme, l'âge des malades, etc. Par contre, même chez les alcooliques jeunes, on trouve des dégénérescences accusées, des artérioles et des capillaires. Dans les artérioles corticales de gros calibre, la gaîne lymphatique est surchargée en amas granuleux. Ceux-ci sont disposés en îlots sur tous les trajets des vaisseaux et ont la forme de plaques irrégulières composées de granulations pigmentaires et graisseuses de volume variable. Ces plaques siègent de préférence au niveau de la bifurcation des vaisseaux dans l'angle formé par les branches de subdivision. Là, la gaîne lymphatique est souvent distendue par les produits de dégénérescence. Sur d'autres points on peut constater des cellules granuleuses isolées, et dont le noyau, souvent visible encore, est toujours plus ou moins masqué par les granulations et en voie d'atrophie. Dans les amas que nous venons de signaler, tout en distinguant encore de nombreux noyaux, il est impossible de reconnaître les éléments auxquels ils appartiennent. La présence de ces noyaux démontre cependant que les placards granuleux sont des amas de cellules, mais fusionnées.

Dans les artérioles de moyen calibre, on retrouve encore çà et là des granulations de même espèce, et de même dans les fins capillaires, dont les cellules et les noyaux sont extrêmement allongés ; ces granulations sont bien visibles par l'écrasement d'une parcelle de substance corticale ramollie par une solution de potasse ou des acides. La coloration de toutes ces granulations est noire, ou brunâtre ou ocreuse. Cette dernière teinte se rencontre surtout si la maladie s'est compliquée de congestion chronique et intense. Quelquefois elle se retrouve seulement sur quelque territoire de vascularisation.

b. — Du côté des éléments nerveux, on rencontre des altérations de même ordre, c'est-à-dire pour les cellules un certain degré de dégénérescence granulo-pigmentaire et graisseuse. Même forme, même aspect, que pour les granulations qu'on trouve dans les vaisseaux. Ici encore, la coloration ocreuse est en coïncidence avec la congestion chronique ; ici encore les noyaux peuvent présenter un certain degré d'atrophie caractérisée par la diminution de leur volume, l'irrégularité de leur contour et leur pigmentation. Les tubes nerveux corticaux n'offrent, sauf complications, que fort peu de lésions.

Ces lésions, dans leur ensemble, peuvent être différenciées de celles qu'on observe dans d'autres affections avec lesquelles elles ont des traits communs : dans la paralysie générale des lésions inflammatoires, la diapédèse, la multiplication des cellules cérébrales sont des caractères constants qui n'existent pas ici. Dans la démence sénile,

les lésions atrophiques dégénératives sont infiniment plus prononcées. Et le fait est d'autant plus frappant que les sujets alcooliques dont nous parlons avaient de trente à cinquante ans seulement. Les mêmes différences sont applicables à la pseudo-paralysie générale arthritique qui n'est qu'une forme précoce de dégénérescence par athéromasie.

Cependant les lésions que nous venons de décrire ne caractérisent pas l'alcoolisme seul et jusqu'ici nous n'avons pu les différencier de lésions analogues que nous avons trouvées chez des sujets de même âge, ayant succombé après différentes complications dans la convalescence de maladies aiguës graves, ou que nous avons rencontrées dans les états cachectiques ou encore dans le tabes.

D'ailleurs, ces lésions ne suffisent ni à créer, ni à expliquer le délire. Tout au plus ont-elles pour résultat immédiat un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Mais ces lésions en favorisent d'autres, telles que des infections secondaires qui viennent s'y greffer comme dans le délire alcoolique suraigu, telle que l'hyperhémie passagère ou durable, telle que la méningo-encéphalite chronique, etc. Ces lésions nouvelles, ainsi que nous l'avons déjà dit, sont variables suivant les cas : c'est d'elle que dérivent les différentes formes suraiguës, délirantes, paralytiques, démentielles, etc.

Nous allons rapidement les passer en revue. Toutefois, remarquons encore, avant d'abandonner les lésions communes qu'elles sont susceptibles de rapidement créer chez les malades, un état d'opportunité morbide que tel autre n'aura acquise que par suite d'une longue hérédité.

De tels malades sont sujets aux rêves et aux cauchemars ; à l'éclosion du moindre trouble digestif, il sont en proie à des visions et à des allusions ; à la moindre infection qui les touche, ils deviennent délirants ; dans d'autres conditions, ils versent encore facilement dans la démence ou la paralysie générale.

II. — Lésions particulières suivant les formes cliniques.

Ici l'anatomie pathologique et la clinique se lient intimement, et ce sont des lésions tout à fait différentes de formes et de pathogénie qui répondent au délire subaigu ou chronique, à la démence ou à la paralysie générale des alcooliques.

1° Dans le delirium tremens on rencontre du côté de l'encéphale deux variétés de lésions, dont la première n'est peut-être que le pre-

mier degré de la seconde : ce sont l'hyperhémie exsudative et la diapédèse inflammatoire.

Ces lésions sont trop connues pour que nous y insistions. Souvent on rencontre dans les viscères d'autres lésions : celles d'une pneumonie, d'une broncho-pneumonie, d'une fièvre typhoïde, d'une infection qu'il est possible de déterminer et à laquelle ressortit la méningite elle-même. Dans d'autres cas les lésions révélatrices d'une infection font défaut, mais la fièvre élevée, la mort dans le collapsus, l'aspect du myocarde qui est celui qu'on voit dans les infections, etc., permettent d'admettre une maladie infectieuse dont les recherches bactériologiques pourraient démontrer la nature.

Mais l'auto-intoxication, elle aussi, paraît intervenir dans la pathogénie de ce délire suraigu. Dans deux cas nous avons, en effet, rencontré une altération profonde et généralisée du parenchyme hépatique (dégénérescence graisseuse avec cirrhose embryonnaire) et cette lésion si généralisée, si intense, n'était pas sans entraîner l'insuffisance hépatique. Rappelons en outre que des lésions du foie sont décrites comme appartenant au delirium tremens.

2° Dans le délire alcoolique chronique ou subaigu, l'auto-intoxication paraît jouer un rôle encore bien plus important. Les rêves prolongés, les hallucinations, le délire, se lient souvent à un trouble survenu dans les fonctions gastro-hépatiques. Les autopsies nous ont démontré de plus que chez tout alcoolique ayant présenté du délire, il existe des lésions diverses du foie, mais intéressant toujours la cellule hépatique elle-même avec ou sans cirrhose et, secondement, ainsi que l'a démontré le récent mémoire de Krukenberg, des lésions rénales (1).

Dans ces cas on trouve de la contagion chronique de l'encéphale et de la pigmention ocreuse des éléments nerveux et des vaisseaux capilaires.

Dans la démence alcoolique on trouve, outre les lésions du premier groupe, des dégénérescences beaucoup plus prononcées et portant spécialement sur des tubes nerveux qu'on rencontre sous forme de réseaux dans les centres corticaux et des fibres qui établissent des relations entre les deux hémisphères, entre les lobes et les différentes circonvolutions ; ce sont surtout les fibres les plus volumineuses qui disparaissaient par atrophie.

Les conditions déterminantes de ces lésions de la démence sont

(1) *Zeitstchrift*, 1893.

difficiles à préciser. Il paraît probable que la débilité mentale congénitale ou l'involution rapide en sont des facteurs importants.

Cette forme s'accompagne souvent de polynévrite et peut donner le tableau clinique de la paralysie générale, dont les légions histologiques sont si différentes de cette pseudo-paralysie générale des alcooliques.

4° Les alcooliques peuvent encore, comme on sait, devenir paralytiques généraux. Les lésions qu'on observe alors sont au complet celle de cette dernière affection. Mais à côté des altérations du processus inflammatoire on trouve en outre ces granulations jaunes et volumineuses, cette dégénérescence graisseuse en placards des artérioles qui prédominent sur la diapédèse et qui appartiennent à l'alcoolisme lui-même. Il y a donc ici comme dans la paralysie générale de certains syphilitiques (lésions gommeuses surajontées) ou de certains arthritiques (lésions d'athérome, foyers de ramollissement), des lésions combinées (1), celle de l'alcoolisme qui sont dégénératives et celles de la paralysie générale qui sont surtout inflammatoires.

Peut-être cette méningo-encéphalite qui vient se greffer sur un cerveau d'alcoolique est-elle, elle aussi, une infection secondaire mais évoluant, à l'encontre du délirium tremens, sous la forme chronique? Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'en pareil cas l'examen bactériologique nous a démontré dans l'exsudat méningé la présence de microbes banaux, particulièrement le diplocoque lancéolé avec capsule colorable et l'ensemble de caractères qui le distingue. Ces recherches demanderaient d'ailleurs à être poursuivies dans un grand nombre de cas.

En résumé, on le voit, dans toutes les formes du délire alcoolique (delirium tremens, délire subaigu ou chronique, démence, paralysie générale des alcooliques, etc.), on trouve invariablement des lésions cérébrales dégénératives, toujours les mêmes, qui constituent, pour ainsi dire, un fond commun sur lequel vont se développer d'autres lésions qui, elles, sont en rapport avec la forme du délire.

Les lésions constantes dérivent seules de l'action de l'alccol lui-même ; les autres sont surajoutées et variables suivant les cas.

Les premières semblent créer rapidement chez le malade un état de réceptivité morbide, de prédisposition au délire, que tel autre ne pourra acquérir que par une longue hérédité.

(1) Klippel. Des paralysies générales associées, *Arch. de méd. expériment. et d'anat. path.*, 1er septembre 1891.

Dans le délirium tremens, les lésions greffées sur les précédentes sont l'hyperhémie ou l'inflammation des méningites et relèvent d'une infection aiguë secondaire.

L'auto-intoxication d'origine hépatique apparaît encore dans cette forme ; on sait que le foie s'y rencontre, en général, profondément lésé.

Le délire sous forme de rêve prolongé, d'hallucinations et d'illusions éclate sous l'influence du moindre trouble digestif, d'une auto-intoxication, d'une poussée aiguë de gastrite alcoolique, d'un traumatisme, etc. La congestion partielle de l'encéphale semble être la lésion surajoutée qui commande ces formes. Le foie est toujours altéré dans ces cas.

La paralysie générale des alcooliques vient mêler ses lésions inflammatoires et typiques aux dégénérescences causées par l'alcool lui-même (paralysie générale associée).

Elle semble être le résultat d'une infection secondaire qui, à l'encontre de celle du délirium tremens, est chronique.

La pseudo-paralysie générale des alcooliques est en rapport avec des lésions des nerfs périphériques.

La démence qu'on observe chez eux relève de lésions dégénératives profondes des cellules et des fibres d'associations corticales qui s'ajoutent aux lésions primitives.

LA TRANSFUSION NERVEUSE CHEZ LES ALIÉNÉS

Par M. le Dr A. Cullerre (de La Roche-sur-Yon).

Sous le nom de *transfusion nerveuse*, M. le Dr Constantin, Paul (1), décrivait en 1892, à l'Académie de médecine, un nouveau procédé thérapeutique consistant dans l'injection sous-cutanée d'un liquide obtenu par la macération de substance grise cérébrale dans de la

(1) Constantin Paul. Du traitement de la neurasthénie par la transfusion nerveuse. Communications à l'Académie de médecine, 1892-1893.

glycérine qu'on additionne ensuite d'une quantité d'eau convenable. Dérivé de la méthode de Brown-Séquard pour l'injection du liquide orchitique, il fut inspiré à M. C. Paul par certaines expériences de M. Babès (1), professeur à la faculté de Bukharest. Ce dernier ayant cru remarquer que dans le traitement pastorien de la rage sous sa forme intensive, la substance nerveuse contenue dans les injections n'était pas une quantité négligeable, fit chez quelques malades des injections de moelle saine, qui lui parurent avoir une action tonique réelle sur le système nerveux.

M. Constantin Paul désigne son procédé sous le nom de *transfusion nerveuse*, comparant les effets physiologiques qui résultent de ces injections à ceux qui se produisent dans la transfusion du sang. De même que par cette dernière opération on n'introduit pas dans l'organisme un sang destiné à se substituer purement et simplement à celui qui a été perdu, mais un corps étranger constituant un stimulant singulier pour entraîner l'organisme à refaire du sang ; de même le liquide extrait de la substance nerveuse et introduit dans l'organisme constitue un tonique névrosthénique puissant qui permet au système nerveux épuisé de se recharger, en quelque sorte, de façon à fournir aux dépenses incessantes de forces nerveuses, nécessitées par le jeu de tous les ressorts de l'organisme, dépenses qu'il était devenu impuissant à assurer.

A propos de cette action réellement tonique et stimulante des injections de substance nerveuse, M. Babès se borne à supposer qu'il faut attribuer au moins une partie de l'effet qu'elles produisent à l'introduction dans l'organisme d'une grande masse d'éléments ayant pour propriété de rendre plus riche la nutrition des appareils nerveux.

Quant à M. Brown-Séquard (2), il pense que le liquide extrait de la substance nerveuse agit principalement par la présence des principes actifs de la glande testiculaire dont seraient imprégnés tous les organes, y compris le cerveau.

La diversité de ces opinions montre que toute tentative d'explication est prématurée. La parole est encore aux faits et ce sont eux surtout qui doivent nous occuper.

Les premières expériences de M. Babès et celles de M. Constantin Paul, confirmées d'ailleurs depuis par un grand nombre de nouvelles,

(1) Babès. Le traitement de la neurasthénie, de la mélancolie et de l'épilepsie essentielle par la substance grise nerveuse. Siècle médical, 1893.

(2) M. Brown-Séquard. Archives de physiologie. Janvier 1893.

tendaient à établir que la transfusion nerveuse était surtout efficace contre les diverses formes d'épuisement nerveux et en particulier la neurasthénie.

S'il en était ainsi, le domaine de la folie devrait offrir un vaste champ d'expériences à la nouvelle médication. La neurasthénie, la faiblesse irritable, l'épuisement du système nerveux ne constituent-ils pas le fond d'un nombre considérable d'états psychopathiques contre lesquels la médication tonique habituelle se montre impuissante. Partant de cette idée, j'entrepris dès avril 1892 des expériences dont le résultat fera l'objet de cette communication.

Pour la préparation du liquide, je prends, suivant les indications de M. C. Paul, mais en modifiant les proportions indiquées par lui, afin de n'avoir pas à faire des injections d'un trop fort volume, de la substance grise de cerveau de mouton récemment tué ; je la fais macérer pendant vingt-quatre heures dans deux fois son poids de glycérine pure et j'ajoute ensuite une quantité égale d'eau bouillie, ce qui, après filtration, donne une préparation au cinquième.

La préparation est renouvelée chaque semaine. Faite avec toutes les précautions aseptiques, elle est filtrée au papier, jusqu'à ce que le liquide soit obtenu clair, limpide et incolore.

Mais l'addition d'eau et le filtrage n'a lieu que le jour même des injections et le plus près possible du moment d'opérer. La glycérine étant antiseptique, on évite ainsi le développement des colonies bacillaires, et les procédés perfectionnés de filtration ne sont plus autant nécessaires.

Bien que n'ayant pas employé le procédé de filtration de M. d'Arsonval, qui lui-même ne donne pas une sécurité absolue, puisque sur mille injections M. C. Paul, qui l'emploie, a eu trois abcès, je ne crois pas avoir eu proportionnellement plus d'accidents que ce dernier.

Je ferai remarquer d'ailleurs, que, M. Babès, l'initiateur de la méthode, émet l'avis que la filtration par les bougies enlève au liquide une partie de ses propriétés, et que, pour passer l'émulsion nerveuse dont il se sert, il emploie simplement une étamine en s'entourant des précautions d'une minutieuse asepsie.

Trente-quatre aliénés appartenant aux formes mentales les plus diverses ont été, depuis le 25 février 1892 jusqu'à ce jour, soumis par moi à la transfusion nerveuse.

Je les diviserai en quatre catégories pour l'exposé des résultats obtenus.

1° *Aliénés simplement affaiblis ou anémiques.* — Ce sont surtout les formes dépressives de la folie qui s'accompagnent de troubles accentués de la nutrition, d'anémie et de désordres neurasthéniques. Quinze malades, dont huit atteints de mélancolie simple ou anxieuse, deux de mélancolie hypocondriaque, trois de confusion mentale à forme mélancolique, et deux de délire systématisé, ont été soumis aux injections de substance nerveuse.

Dans onze de ces cas, les effets toniques et stimulants ont été très marqués, dans trois cas ils ont été moindres, quoique évidents, et nuls dans un cas seulement.

Sous l'influence de ces injections, le poids du corps, chez les malades améliorés, s'est élevé en quelques semaines de 1 à 11 kilogrammes au maximum, la moyenne étant de 3 à 4 kilogrammes.

L'amélioration considérable ainsi obtenue dans l'état physique a généralement persisté et certains malades conservent leur embonpoint et leur aspect florissant, bien que n'étant plus soumis au traitement depuis un temps plus ou moins long, un an et même dix-huit mois pour quelques-uns.

Dans un cas seulement, il y eut amélioration simultanée de l'état somatique et de l'état mental. Il s'agissait d'une mélancolie avec confusion des idées et hallucinations panophobiques chez un héréditaire. Dans tous les autres cas de mélancolie simple, par conséquent à priori curables, l'état mental n'a subi aucune modification favorable; sauf d'une façon fugitive et dans les heures qui suivirent immédiatement l'injection.

Une preuve typique de cette impuissance des injections de substance nerveuse contre les troubles psychiques de nature mélancolique est fournie par ce fait qu'une malade, améliorée seulement au point de vue somatique par la transfusion nerveuse, a guéri plusieurs mois après sous l'influence d'un autre procédé thérapeutique (1).

Il en est de la mélancolie hypocondriaque comme de la mélancolie simple ; les malades ont beau être plus ou moins remontés par les injections ; ils restent hypocondriaques et délirants.

2° *Aliénés cachectiques.* — Les états cachectiques simples, d'origine purement nerveuse, quelle qu'en soit la gravité, sont en général favorablement modifiés par la transfusion nerveuse.

(1) Par la suppression brusque de la morphine (Voir : A. Cullerre). D'un effet paradoxal obtenu par la suppression brusque de la morphine chez certains mélancoliques soumis à ce médicament. (Congrès de Lyon, 1891).

Un vieil alcoolique en état de mélancolie sénile, grabataire, émacié, gâteux, atteint de diarrhée, presque mourant, est remis sur pied en un mois.

Plusieurs cas de démence compliquée de marasme, de décubitus, de paralysie de la vessie ont été modifiés favorablement.

Un paralytique simple et un ataxo-paralytique au début de la troisième période ont été momentanément améliorés, mais chez ces deux malades le traitement n'a pu être continué, les piqûres s'étant enflammées.

En somme, le résultat a été très bon dans trois cas sur six et n'a pas été nul dans les trois autres.

3° *Aliénés tuberculeux et atteints d'affections organiques.* — Certains aliénés tuberculeux se trouvent bien de la transfusion nerveuse.

Un malade atteint de bronchite chronique avec induration des sommets, pris de mélancolie avec confusion mentale et arrivé au dernier degré du marasme, s'est rétabli en quelques semaines et l'amélioration se maintient encore à l'heure qu'il est. L'affection mentale a guéri, mais longtemps après la cessation de la transfusion nerveuse.

Trois autres tuberculeux dont l'un atteint de pleurésie et de fièvre hectique, se sont rétablis momentanément ; chez ce dernier, le mieux a duré près d'une année.

Dans un cinquième cas, le traitement a été nul.

Je n'ai rien obtenu dans un cas de cancer du pylore et du foie, et dans deux cas de mal de Bright.

Chez un aliéné atteint de mélancolie anxieuse, le traitement n'ayant produit aucun résultat au bout de plusieurs semaines, je m'aperçus que ce malade avait de l'albuminurie.

4° *Aliénés atteints de maladies aiguës.* — En présence des effets satisfaisants obtenus par les injections de substance grise chez les aliénés cachectiques et tuberculeux, j'ai eu l'idée de les essayer dans quelques cas d'affections gastro-intestinales où le pronostic semblait désespéré.

Ces résultats ont été, dans quelques cas, remarquables. Le nombre restreint de mes observations ne me permet pas, à la vérité, d'écarter absolument l'hypothèse d'un heureux hasard, d'une pure coïncidence, mais ayant suivi jour par jour les malades, je ne puis personnellement m'y arrêter.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une maniaque qui, dans la convalescence d'une dysenterie, fut prise d'une fièvre typhoïde ; vers le

quinzième jour l'état était tellement grave, qu'à bout de moyens, on essaya la transfusion nerveuse. Après quelques jours le mieux se manifesta et ne cessa depuis de faire des progrès.

Même résultat heureux chez une démente épileptique atteinte de dysenterie grave, et chez un maniaque atteint de la même maladie.

Dans un quatrième cas, il s'agit d'un dément atteint de dysenterie tombé dans le collapsus à la suite d'hémorrhagies intestinales, avec commencement d'algidité, d'asphyxie. L'effet de la transfusion parut héroïque. Néanmoins, un mois après la convalescence, une fièvre typhoïde se déclara avec des allures extrêmement graves, et cette fois, la transfusion nerveuse essayée de nouveau ne put empêcher un dénouement fatal.

Conclusions. — Les observations dont je viens de faire un exposé succinct m'ont conduit aux conclusions suivantes :

La transfusion nerveuse opérée aseptiquement est inoffensive.

Elle a pour propriété de remonter les forces nerveuses et en particulier celles qui président aux fonctions nutritives, à ce titre, elle est utile dans le traitement de l'aliénation mentale.

Le premier effet de ce mode de traitement chez les aliénés est le développement de l'appétit. Certains malades, surtout ceux qui, auparavant, s'étaient soumis à une abstinence plus ou moins prolongée, manifestent des dispositions quasi boulimiques et ne peuvent se rassasier.

Le poids du corps ne tarde pas à augmenter dans une proportion parfois considérable. La puissance musculaire renaît, les fonctions organiques se régularisent ; les règles reparaissent ; des hémorrhagies utérines ont été supprimées, et en même temps les névralgies qui les accompagnaient.

L'état cachectique, quand il n'est pas le résultat d'une affection organique (néphrite, cancer), n'est pas une contre indication à la transfusion nerveuse, au contraire, les malades atteints de tuberculose s'en trouvent parfois très bien.

Cette médication paraît avoir été efficace dans le cours de certaines maladies aiguës, alors que les moyens habituels de traitement s'étaient montrés impuissants et que la rigueur du pronostic autorisait une certaine hardiesse thérapeutique.

Mais, malgré tous ces mérites, la transfusion nerveuse n'a pas réalisé les espérances que nous avions conçues d'après ses effets heureux dans la neurasthénie : *elle reste impuissante contre l'élément psychopathique* lui-même. L'état mental, dans les cas curables, n'a

paru que très faiblement influencé par les injections de substance grise : il a parfois été amélioré transitoirement dans les heures qui suivaient immédiatement l'injection, mais, cet effet, sauf dans un cas qui, d'ailleurs, ne paraît pas démonstratif, n'a jamais persisté et aucune amélioration durable n'a été obtenue.

QUELQUES OBSERVATIONS

DE PERSÉCUTÉS AUTO-ACCUSATEURS ET PERSÉCUTÉS POSSÉDÉS (1)

Par MM. J. Séglas, médecin de la Salpêtrière
et G. Brouardel, interne des hôpitaux.

La première observation est celle d'une femme dont la maladie présente les symptômes habituels et l'évolution du délire des persécutions ; le fait le plus intéressant à relever, c'est qu'en même temps elle est auto-accusatrice : et pour elle ses persécutions s'expliquent par des fautes antérieures ; les tourments, « la condamnation » qu'elle subit ne sont que l'expiation de ces fautes. Les hallucinations se présentent sous le même aspect divergent, elle est un être nuisible, elle peut donner le choléra aux autres. Elle a manifesté des tendances au suicide. Ce fait est comparable à d'autres rapportés par M. Ballet au congrès de Blois.

Les auteurs rapportent ensuite d'autres observations de persécutés possédés ; dans l'une, on assiste d'abord à l'évolution d'un délire des persécutions n'offrant guère de phénomènes particuliers, sauf déjà quelques troubles psychomateurs, impulsions et phénomènes d'arrêt. Puis, dans une deuxième période, ces symptômes se développent ; il apparaît des hallucinations verbales motrices très accentuées et un dédoublement de la personnalité des plus nets. Ce sont ces troubles qui, maintenant, dirigent absolument la scène pathologique ; la malade les interprète par des idées de possession, et dans l'explica-

(1) Ce travail ayant paru dans les Archives de neurologie, n° 82, décembre 1893, nous nous contenterons d'en reproduire les conclusions.
(Note du Secrétaire général.)

tion qu'elle en donne, on retrouve les croyances à l'envoûtement. Comme le disait un autre malade auquel il est fait allusion au cours du travail, la maladie évolue comme « une obsession qui devient une possession. »

Ces symptômes particuliers peuvent apparaître dès le début de la maladie, ainsi que le prouve une 3e observation, et parfois aboutissent à un délire des négations systématisé, comme dans un cas rapporté au congrès de Blois par l'un des auteurs.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes : Certains aliénés persécutés et nullement mélancoliques, peuvent cependant être auto-accusateurs et présentent des idées de persécution analogues à celles des mélancoliques, constituant un groupe mixte, transition entre ces deux modalités délirantes.

Si, d'autre part, parmi les persécutés, il en est dont la maladie ne représente qu'un vice de développement intellectuel, qu'une évolution anormale de la personnalité toujours dans le même sens, il en est d'autres chez lesquels la maladie se traduit par une dissociation assez rapide, parfois d'emblée et toujours très accentuée de la personnalité.

Cette dissociation de la personnalité se trouve en rapport avec un certain nombre de symptômes qui prennent alors un grand développement et dirigent même la scène délirante : Ce sont d'une façon générale les troubles psychomoteurs (hallucinations motrices, impulsions, aboulie, phénomènes d'arrêt...) Aussi en les envisageant à ce point de vue, par opposition aux persécutés hallucinés sensoriels, et aux persécutés raisonnants, l'un de nous avait proposé de ranger ces cas sous le nom de *variété psychomotrice* du délire des persécutions. Ses idées de persécution se modifient d'une façon convexe et c'est plutôt par des idées de possession que le malade interprète alors des troubles psychopathiques qu'il accuse. On peut même rencontrer des cas où il en arrive à formuler un délire de négation systématisé. Ces malades, étudiés autrefois sous la dénomination très vague de délirants mystiques ou de possédés, se distinguent des mélancoliques possédés ou négateurs et rentrent dans le cadre des délirants systématiques primitifs dont ils ne constituent incontestablement qu'une variété. Néanmoins, il nous semble qu'il y aurait intérêt à leur faire une petite place dans ce grand groupe. Car la division la plus habituelle en France en délirants chroniques et en délirants dégénérés est vraiment bien sommaire ; parmi ces derniers surtout se rangent de nombreux cas très disparates parmi lesquels il serait certainement utile à tous points de vue d'établir un classement. »

NOTE SUR L'ÉLIMINATION

DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE CHEZ LES IDIOTS

Par M. le Dr MABILLE (La Rochelle).

Il est la plupart du temps difficile de rechercher la composition des urines chez les idiots, en raison de l'impossibilité fréquente de se procurer, pour diverses causes, la totalité des urines de 24 heures.

C'est pour ce motif qu'il m'a paru bon dans cette note d'apporter seulement les résultats fournis par l'analyse des urines de quelques idiots dont le personnel a pu recueillir l'urine des 24 heures.

C'est dans ces conditions que je me permets de vous soumettre, Messieurs, quelques faits observés il y a déjà deux ans par le Dr E. Lallement et par moi-même sur des malades de mon service.

D'une façon générale les malades de cette catégorie ont présenté une quantité d'urine au-dessous de la normale, tout compte fait de leur taille généralement peu élevée.

Le volume des urines a oscillé entre 300 cc. et 700 cc. dans les 24 heures.

Ces urines étaient acides, d'une densité variant entre 1018 et 1022. La quantité d'urée a toujours été faible, variant entre 7 et 11 grammes par jour.

Malgré cela, la quantité d'acide urique a toujours été peu élevée, 0,08 à 0,10 dans les 24 heures.

Le chlore, en revanche, a atteint souvent 8 à 10 grammes.

Mais, c'est surtout la faible quantité d'acide phosphorique éliminé par les idiots qui a frappé mon attention.

Les malades que j'ai pu observer éliminaient de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 d'acide phosphorique par jour.

Le chiffre de l'acide phosphorique, uni aux terres, était dans la proportion de 1 pour 4.

Ces quelques faits viennent à l'appui des idées émises récemment par Mairet (Paris, 1884), et plus récemment par Stcherbach (Archives de médecine expérimentale, 1893, 1er mai, no 3, page 308).

Ils semblent démontrer l'influence de l'activité cérébrale sur l'échange d'acide phosphorique et d'azote.

M. le Dr MARIE (de Dun-Auron), au nom de M. Deschamps, de Paris, donne lecture du travail suivant :

Messieurs,

Par lettre ministérielle du 2 mai 1892, Monsieur le ministre de l'intérieur a autorisé le département de la Seine à entreprendre l'essai d'une colonie familiale, sur le modèle de Ghéele et du « Boarding out system » Ecossais.

J'ai eu l'honneur de soumettre au Congrès de l'an dernier, à Blois, le projet primitif et le plan d'application établi pour l'envoi à Dun (Cher) de cent déments séniles tirés des asiles de la Seine. Il me reste à vous mettre au courant aujourd'hui des premiers résultats obtenus et du degré de réalisation auquel est parvenu notre tentative.

Je vous rappellerai qu'une somme de 75,000 fr. avait été mise à la disposition de l'administration par le Conseil général pour la création nouvelle et son fonctionnement. (Installation et translation : 17,000 fr. Entretien : 58,000).

La mise en œuvre de ces modestes ressources impliquait de la part de l'administration de nos asiles une énergie et un dévouement qui n'ont jamais fait défaut, mais je croirais manquer à mon devoir si je ne profitais de l'occasion pour remercier encore ici, M. Leroux, notre éminent directeur des affaires départementales, et son excellent chef de service, M. Pelletier.

J'ai signalé ailleurs la double enquête faite avant d'entreprendre notre essai de colonisation familiale : 1° Recensement dans nos asiles des malades susceptibles de ce mode d'assistance ; 2° Choix d'une région de France où l'on put les envoyer.

On sait que Dun-sur-Auron fut la localité adoptée.— Conformément aux instructions ministérielles, le choix préalable des premiers malades à transférer à Dun ne devait comprendre que des vieillards, séquestrés jusqu'ici comme aliénés, dont l'état de démence incurable, mais tranquille, et l'affaiblissement sénile des facultés, ne justifiaient pas, d'une façon absolue, le maintien dans les asiles.

C'est précisément cette catégorie de malades que les rapports annuels des médecins sont unanimes à signaler comme contribuant à aggraver et perpétuer un encombrement fâcheux dans la Seine.

Afin d'assurer une sélection stricte en ce sens, M. le Dr Bouchereau a bien voulu consentir à la création, dans son service de l'asile clinique, d'une section d'observation où l'on réunirait, pendant quelques

temps, des malades de nos quatre asiles, en vue de cette sélection spéciale.

Le quartier d'observation ayant été constitué en novembre 1892, les transferts ont été opérés régulièrement par groupe de huit, dès le 17 décembre de la même année.

A l'heure actuelle, 90 malades ont été ainsi évacués sur Dun.

Il va sans dire qu'au préalable un local choisi dans ce but avait été aménagé, conformément aux prévisions que j'ai développées dans le plan de budget de la colonie.

Une installation provisoire de dix lits d'infirmerie répartis en plusieurs salles, de façon à permettre d'isoler certains malades, a été organisée à côté de l'hospice municipal dont nous pouvons parallèlement user pour des transports plus considérables.

Dans quelques mois une infirmerie définitive de douze lits, avec chambre indépendante du logement du personnel, remplacera l'installation actuelle.

La population de Dun, dès les premiers convois, a pu juger du genre de pensionnaires et s'assurer combien elles étaient inoffensives, aussi les demandes ont-elles afflué et, à l'heure actuelle, toutes nos malades sont placées.

Nous avons encore une liste d'une centaine de demandes, dont un tiers à plusieurs pensionnaires.

Ces listes ont été soumises à la municipalité qui a donné les premiers renseignements relatifs aux nourriciers ; les locaux ont été inspectés et le médecin a écarté ceux qui ne remplissaient pas les conditions voulues au point de vue de l'hygiène, éclairage et aération, il s'est basé pour ces divers points sur les règles établies par le rapport des inspecteurs de 1874, c'est-à-dire que nous avons exigé 20 mètres cubes d'air par personne, au minimum.

Les malades partagent le régime alimentaire des nourriciers que le médecin et son personnel s'attachent à surveiller par des visites quotidiennes.

Nous demandons un litre de vin par semaine, de la viande fraîche à quatre repas ; le laitage et les œufs, ainsi que les légumes frais, étant à bon marché, forment le fond du régime ordinaire.

Le prix a été basé de 1 fr. à 1 fr. 25, ce dernier prix n'a été payé que pour quelques malades d'ailleurs, nécessitant des soins plus constants par leur incapacité de se vêtir et de manger seules.

Les malades valides, capables de s'occuper, sont amenées par leurs nourriciers à notre infirmerie centrale où est organisée un petit ate-

lier provisoire pour la confection des trousseaux dont les soins incombent à l'administration.

Le costume est au choix des malades et, autant que possible, identique à celui du pays pour que rien ne les fasse remarquer.

La curiosité des premiers jours est d'ailleurs tombée et nos pensionnaires font les promenades prescrites avec leurs nourriciers sans le moindre inconvénient.

Nous nous attachons à éliminer les nourriciers négligents qui auraient des tendances à abandonner leurs pensionnaires à elles-mêmes; en effet, ces malades, pour la plupart, ont été internées d'office à Paris, après avoir été trouvées sur la voie publique, perdues, incapables de se souvenir où elles allaient et d'où elles venaient; dans un milieu comme Paris, on voit le danger d'une telle situation et l'impossibilité presque absolue de remettre de telles malades entre les mains des leurs, obligés de s'absenter pour leur travail quotidien. A Dun, l'inconvénient qu'il y aurait à ce que ces malades s'égarent dans la rue est bien moindre, tous les gens se connaissent et les connaissent, la ville n'est pas grande et la circulation des voitures à peu près nulle, mais cet inconvénient doit être lui-même annulé par la surveillance continue des membres de la famille à laquelle nous les confions.

Cette famille réalise en quelque sorte la pluralité des gardiennes pour une seule malade, d'autre part une fillette peut, à la rigueur, conduire la malade sur sa route, d'une maison à l'autre.

C'est mus par les considérations qui précèdent, et que nous leur avons fait valoir, que les chefs de service de la Seine ont bien voulu désigner celles d'entre leurs malades qu'ils savaient pouvoir s'adapter à ces conditions nouvelles d'assistance et s'en bien trouver.

Le mécanisme de ces placements est le suivant : le médecin traitant formule un certificat de sortie, en quelque sorte conditionnel, en spécifiant qu'il y a lieu de placer la malade à Dun.

La sortie pure et simple n'eut pas répondu à notre désir de sauvegarder l'intérêt des malades qui ont encore besoin d'une assistance spéciale et d'une protection en raison de leur faiblesse.

Sans cette assistance et cette surveillance, ces malades redeviendraient dangereuses pour elles-mêmes; retombant dans le milieu parisien, elles ne tarderaient pas à être replacées d'office dans des conditions identiques à celle du premier internement.

Quant au danger d'une méprise et de l'envoi des malades ayant encore besoin de l'asile, de traitement, je crois qu'il est actuellement garanti par la triple sélection à laquelle chaque malade est soumise.

En effet, la malade désignée par un chef de service comme susceptible d'être envoyée à la colonie fait l'objet d'un premier certificat pour l'envoi au quartier d'observation de Sainte-Anne.

Là, après plusieurs jours, elle fait l'objet d'un nouvel examen de M. le Dr Bouchereau, qui la transfère avec son rapport ou la retient.

A Dun, elle est placée en observation à son arrivée à l'hospice, puis lorsque le médecin de la colonie le juge convenable, il la place chez des nourriciers avec lesquels son caractère, sa profession, paraissent devoir amener les meilleurs rapports, sinon il la réintègre à l'infirmerie de la colonie d'où elle est replacée suivant les règles ordinaires à l'asile du Cher.

Sans prétendre à un optimisme qui semblerait prématuré vu le petit nombre de mois depuis lequel l'essai fonctionne, je crois que l'on peut espérer la pleine réussite.

Les malades y gagneront-elles ?

Le prétendre serait peu connaître les conditions exceptionnelles de confort qu'offrent nos asiles et cependant, à en juger par l'impression générale que j'ai recueillie, la satisfaction d'une vie plus libre semble en partie compenser les quelques avantages matériels absents. Ces conditions nouvelles ne sont d'ailleurs en réalité que les conditions primitives communes auxquelles nos malades étaient accoutumées avant l'internement.

Un point également intéressant, c'est que, malgré l'hiver exceptionnellement rigoureux, il n'y a que quelques indispositions sans suite et aucun décès, en 8 mois, avec 82 malades transférées.

Les protestations unanimes des chefs de service de la Seine réclamant la suppression de l'encombrement par les déments incurables ne pouvaient être interprêtées dans le sens du renvoi aux hospices ordinaires ; si ce ne sont pas des aliénés dangereux, ce ne sont pas non plus des séniles simples, mais des malades à mentalité profondément et définitivement altérée.

Il fallait à cette catégorie intermédiaire de malades une méthode d'assistance mixte tenant le milieu entre l'asile fermé et l'hospice de vieillards. La surveillance dans les familles pourrait-elle y répondre ?

C'est ce que l'avenir de la colonie apprendra.

En attendant, je me contenterai à l'appui de ce qui précède de rapporter quelques chiffres sans autre commentaire, en y joignant le diagramme du mouvement de la population de la colonie pendant les 8 premiers mois.

Mouvement de la Population

Population

Décembre 1892 | Janvier 1893 | Février | Mars | Avril | Mai | Juin | Juillet

90 88 86 84 82 80 78 76 74 72 70 68 66 64 62 60 58 56 54 52 50 48 46 44 42 40 38 36 34 32 30 28 26 24 22 20 18 16 14 12 10 8

3 Premiers Transferts (17, 22 et 27 Xbre)

2 réintégrations (3 février)

4e Transfert (2 Février)

3 réintégrations (8 février)

5e Transfert (23 Février)

4 réintégrations (23 février)

6e Transfert (11 mars)

5 réintégrations (12 mars)

7e Transfert (25 mars)

6 réintégrations (15 avril)

8e Transfert (27 mai)

7 réintégrations (30 mai)

9e Transfert (10 juin)

8 réintégrations (3 juin)

10e Transfert (24 juin)

9 réintégrations (25 juin)

		JOURNÉES	
1er semestre 1893 (janvier à juillet		de nourriciers	7,991
		d'hospice	74
		d'infirmerie	147

Total du nombre de journées : 8, 212.
Sommes payées : 9,415 fr. 40.
Prix moyen de la journée : 1 fr. 145.

Budget de 1894.

Prix moyen prévu : 1 fr. 20 (1,20×100×365) =	43,800 fr.
Frais généraux à amortir	15,147 50
Prix total moyen : 1 fr. 615 (1,615×100×365) =	58,947 50

Première installation : 17,800 fr.
Frais de translation : 2,000 fr.

DU TRAVAIL DES ALIÉNÉS

Par M. le Dr Drouineau, Inspecteur général des établissements de bienfaisance.

Messieurs, je vous prie tout d'abord d'excuser, si, n'étant pas un spécialiste des maladies mentales, je viens interrompre un instant vos intéressantes et substantielles discussions, pour vous entretenir d'une question que chacun de vous connaît à merveille et sur laquelle je n'ai pas, dans un pareil milieu, la prétention de jeter la lumière.

Mais l'asile d'aliénés tel qu'il fonctionne, tel que l'ont fait la loi de 1838 et les règlements qu'elle a motivés n'est pas seulement un centre scientifique où le spécialiste a toute qualité pour agir, c'est aussi un organisme administratif dont la stabilité a besoin d'être assurée tout autant que le fonctionnement régulier.

Dans cet ordre d'idées, il y a place pour des compétences diverses qui peuvent ainsi s'associer à vos travaux et concourir, comme par action reflexe, à la guérison et au bien-être de vos malades, ce qui est assurément votre but ultime. C'est à ce titre que je cherche à justifier en ce moment mon intervention.

Personne ne discute la nécessité du travail comme moyen thérapeutique de l'aliénation mentale, l'utilité de son application aux guérissables, même aux non guérissables. Il n'est plus un seul asile public ou privé où cette application ne soit un fait matériel constatable. Ce n'est donc pas sur la valeur de ce procédé thérapeutique, sur son opportunité que je retiens un instant votre attention, c'est superflu ; mais je veux seulement dire un mot des conditions de ce travail, conditions qui ne sont pas exactement les mêmes pour tous les asiles et pour tous les malades.

Parchappe a particulièrement bien étudié cette question et son opinion peut, à bon droit, faire autorité en cette matière. Il avait assisté à l'évolution des premiers asiles, à leurs efforts pour s'exonérer des charges de premier établissement ; il avait connaissance des résultats obtenus à l'étranger, en Angleterre surtout, où la productivité est une caractéristique de l'esprit national à tous les temps et dans tous les milieux. Dès 1847, il posait les règles du travail pour l'aliéné et il ne semble pas qu'il y ait beaucoup à y ajouter, même aujourd'hui ; un peu plus tard cependant, il voyait la productivité devenir, en France, une préoccupation et il manifestait clairement les inquiétudes que le système des colonies agricoles devait faire éprouver.

Il ne dissimulait pas que le travail de l'aliéné se concevait de deux façons ; pour les uns, c'était, avant tout, un moyen de traitement, un procédé ingénieux pour augmenter le bien-être de la collectivité en appliquant le travail à des soins intérieurs, à l'entretien du mobilier ou des bâtiments, aux cultures maraîchères, à la production des objets de consommation. C'était, selon la formule de Dagron : le travail fait pour l'aliéné.

Pour les autres, la conception était autre ; le travail devait être producteur ; une pensée de spéculation fiscale venait s'ajouter à l'idée du traitement, l'absorbant même à ce point que le but n'était point atteint si la production n'arrivait pas à couvrir les dépenses d'entretien ou à y concourir pour une forte part. C'est à cette conception du travail qu'il faut appliquer, comme vous le savez bien, la seconde partie de la formule : « l'aliéné fait pour le travail. »

Il ne semble pas que cette dernière formule ait eu gain de cause dans notre pays et le Congrès international de médecine mentale de 1889, tout en se montrant favorable au principe des colonies agricoles, faisait des restrictions capitales en demandant comme condition expresse de leur création qu'elles fussent à proximité et non distinctes des asiles d'aliénés.

C'était évidemment reconnaître la nécessité du travail agricole, en accepter l'intention, mais sans porter atteinte au système fécond du travail pour l'aliéné, dans l'asile même ou tout près de lui. L'organisation du travail, sur cette base large, reste encore difficile et mérite l'attention.

Je ne veux prendre que quelques-uns des éléments du problème et les examiner très rapidement.

L'élément primordial, capital même, est d'abord l'aliéné lui-même. On l'a dit, écrit et répété avec raison, l'aliéné travailleur n'est pas un élément indéfini du travail ; il se limite, au contraire, et peut-être, à envisager les choses d'ensemble ou de haut, au lieu d'une tendance à l'augmentation, trouverait-on, dans les temps présents, une manifestation inverse.

Il a été cité des proportions qui paraissent n'être plus atteintes ; j'ai vu, écrits, les chiffres de 50, 70 et même 90 travailleurs pour cent de la population des asiles et des colonies agricoles ; ces chiffres me paraissent exagérés. D'après ce que j'ai pu observer personnellement dans certains établissements où le travail était en honneur, c'est seulement sur un nombre variant entre 25 et 35 travailleurs pour 100 qu'il faut compter ; comme exception, je citerai l'asile de Clermont (Oise), qui a été noté au Congrès de 1889 comme un exemple avantageux avec ses colonies multiples et étendues et qui fournit 38 travailleurs pour 100 ; de même Prémontré ne donne que 38 pour 100. Dans quelques établissements, la population transférée des asiles de la Seine a donné sur ce point de nombreux mécomptes ; si on demeure mieux fixé maintenant sur la valeur de ce contingent travailleur, on n'en recherche pas moins le concours, mais à un autre point de vue et pour bénéficier honnêtement d'un excédent de prix de journée et non de travailleurs productifs.

S'il est vrai que cette proportion d'environ 35 travailleurs pour 100 soit l'expression de la pluralité des asiles, il faut donc convenir que le travail se limite de lui-même et il est inutile de le rêver intensif et producteur ; car quelle que soit la façon ingénieuse dont le travail

puisse être compris, ce ne sont pas ces 35 travailleurs qui pourront faire vivre les 65 inoccupés.

Mais, dira-t-on, la préoccupation des administrateurs d'asile n'est pas telle ; ils recherchent, dans les produits du travail, non la totalité de l'entretien de leurs malades, mais seulement un appoint qui peut être sensible.

Il faut encore, à cet égard, faire quelques réserves. Le travail que les Inspecteurs généraux ont fait en 1874 et qu'il serait désirable de mettre de nouveau au point, contient, parmi les nombreux renseignements qu'ils ont collationnés, le suivant qui me semble instructif.

Ils ont relevé, d'une part, parmi les recettes des asiles, celles dites en nature et celles résultant du travail des aliénés ; d'autre part, ils ont examiné les dépenses occasionnées par les produits récoltés et par le travail des aliénés ; le pourcentage de ces chiffres en permet la comparaison, je les ai extraits et rapprochés dans le tableau suivant que je soumets à votre appréciation.

ASILES.	Recettes en nature et travail des aliénés. — Proportion pour cent.	Dépenses des produits récoltés et du travail. — Proportion pour cent.	Différence en plus.	Différence en moins.
Prémontré.	34,3	32,7	1,6	»
Sainte-Catherine d'Yseure.	22,9	21,6	1,3	»
Saint-Lizier.	22,2	20,2	2,0	»
Rodez.	17,9	17,3	0,6	»
Aix.	7,3	7,05	0,25	»
Marseille.	11,4	11,07	0,33	»
Breuty.	12,3	17,6	»	5,3
Lafond.	20,7	19,7	1,0	»
Bourges.	10,3	10,2	0,1	»
Dijon.	19,0	19,0	0,	0,
Evreux.	22,9	22,4	0,5	»
Bonneval.	18,5	18,35	0,15	»
Quimper.	30,4	31,9	»	1,5
Toulouse.	18,4	15,8	2,6	»
Auch.	20,8	21,7	»	0,9
Bordeaux.	2,4	2,37	0,03	»
Cadillac.	10,9	9,9	1,0	»
Saint-Méen.	20,0	16,9	3,1	»
Saint-Robert.	17,0	17,2	»	0,2
Dôle.	17,7	12,23	5,47	»
Blois.	20,2	21,06	»	0,86
Saint-Alban.	14,5	14,8	»	0,3
Sainte-Gemmes.	11,9	12,25	»	0,35
Chalons.	12,1	13,32	»	1,22
Saint-Dizier.	14,7	15,4	»	0,7
La Roche-Gandon.	13,0	12,6	0,4	»

ASILES.	Recettes en nature et travail des aliénés. — Proportion pour cent.	Dépenses des produits récoltés et du travail. — Proportion pour cent.	Différence en plus.	Différence en moins.
Fains.	9,6	10,4	»	0,8
Maréville.	15,0	13,9	1,1	»
La Charité.	12,7	14,8	»	2,0
Armentières.	19,7	21,5	»	1,8
Bailleul.	29,3	30,1	»	0,8
Alençon.	14,1	12,2	1,9	»
Saint-Venant.	10,1	13,4	»	3,3
Pau.	11,8	11,9	»	0,1
Le Mans.	13,5	13,6	»	0,1
Bassens.	10,8	10,9	»	0,1
Sainte-Anne.	»	»	»	»
Quatre-Mares.	10,1	10,45	»	0,35
Saint-Yon.	10,0	7,41	2,59	»
Vaucluse.	»	»	»	»
Ville-Evrard.	»	»	»	»
Mont-de-Vergues.	16,0	16,44	»	0,44
La Roche-sur-Yon.	21,2	18,56	2,64	»
Naugeat.	15,1	16,0	»	0,9
Auxerre.	10,8	11,25	»	0,45
		Moyenne..	1,36	1,06

La différence entre ces recettes et ces dépenses de même nature donne le profit matériel définitif. Voici ce que l'examen de ce tableau nous apprend à ce sujet. Un seul établissement n'a ni profit, ni perte ; puis on compte 20 asiles ayant un bénéfice et 21 subissant une perte. Le profit varie de 0 à 5,47 pour cent ; la perte de 0 à 5,3 pour cent. Le gain moyen est de 1,36 pour 100 ; la perte moyenne de 1,06 ; l'écart entre ces deux moyennes est de 0,03 pour 100.

Ce rapprochement donne une idée du bénéfice matériel ultime sur lequel on peut compter et fixe les idées qu'il faut avoir sur ce sujet. Je sais bien qu'en réalité, on ne donne pas à ces chiffres la même valeur comptable qu'à d'autres natures de recettes ou de dépenses. Il s'agit là d'évaluations souvent inexactes par la force même des choses ; d'autre part, les recettes et les dépenses ne sont pas toutes effectives. Ainsi, le travail des aliénés, par exemple, évalué en recette, en le comparant au travail des ouvriers valides, est une épargne d'argent et non une recette ; le travail payé se réduit à la gratification donnée aux travailleurs et à la constitution du pécule, c'est peu de chose. Mais, malgré ces erreurs d'évaluation, il faut,

administrativement et économiquement, rapprocher les deux éléments, recettes et dépenses, pour avoir une idée juste du résultat définitif. On voit, qu'en résumé, il est fort médiocre. Il ne faudrait donc pas se fier aux résultats seulement consignés au chapitre des recettes et compter que les produits récoltés et le travail sont un élément de prospérité puisqu'ils donnent en moyenne 16 pour 100 de contingent aux recettes (1) ; il ne faudrait pas non plus que le chiffre de recettes maximum 34 pour 100, atteint par Prémontré, fut un idéal suggestif et rêver d'acquisition, d'agrandissements domaniaux, de locations onéreuses, de bénéfices enfin ; il convient aussi d'examiner avec la plus scrupuleuse attention le chapitre des dépenses qui y correspondent et dont la moyenne est presque aussi élevée. Alors l'illusion cesse, la réalité se fait évidente.

Ces observations générales ont pour but de démontrer combien la pratique même des asiles enseigne la véritable valeur du travail et quelle voie sûre il convient de suivre.

La spéculation doit être bannie de toute combinaison ; elle n'est pas possible avec une main-d'œuvre limitée et telle que nous l'avons pu juger ; elle ne peut, en apparence, se soutenir que pour les asiles à effectif considérable, dans lesquels le contingent travailleur prend accidentellement de l'importance. Mais ici, cet avantage compense-t-il les inconvénients qui entraînent nécessairement les grandes agglomérations ? L'expérience ne les a-t-elle pas condamnées? Et, ne sont-elles pas appelées à disparaître avec la multiplicité des asiles se partageant, sur tout le territoire, d'une manière plus égale, la totalité des malades ? Dans cet avenir, c'est aussi la population apte au travail qui se répand et s'éparpille, la main-d'œuvre qui s'égalise.

Il ne faut pas, dans le présent, rechercher le produit argent ; il n'est que très exceptionnellement possible et même là où il se rencontre il ne vaut pas la peine d'être sérieusement compté comme un élément de prospérité.

Mais si ce profit est nul et disparaît, il ne reste pas moins de la pratique usuelle, d'une part, des produits de bonne nature, soins, améliorant de beaucoup l'hygiène générale, la condition matérielle de l'aliéné, de l'autre, le travail au grand air ou distrayant, c'est-à-dire une thérapeutique efficace, salutaire, et qui ne coûte, en réalité, même en poussant les choses au pire, qu'une minime dépense.

(1) Les recettes relevées dans le rapport général de 1874 (tableau 5) ne comprennent que celles provenant des remboursements de journées et ne représentent pas la totalité des recettes ordinaires.

La formule « *le travail pour l'aliéné* » devient donc, en définitive, la seule bonne et il la faut mettre résolument en pratique, sans restriction, sans arrière-pensée, avec la ferme intention de lui donner tout son effet, son maximum de bénéfice thérapeutique et d'action morale.

Pour réussir dans cette application du travail au traitement des affections mentales et pour avoir toutes chances de succès, il semble, par les efforts tentés d'une manière générale, sous l'impulsion des hommes compétents et des spécialistes les plus autorisés, que les conditions à remplir soient surtout : la variété dans le travail, l'intérêt que le malade y prend en raison de l'attrait qui y est attaché ou à cause du profit direct qui en découle.

Relativement à la variété du travail, il ne peut guère y avoir de doute ; l'expérience est faite ; là où il y a des ateliers nombreux, des formes variées du travail, le nombre des travailleurs se multiplie ; et l'aliéné qui montrait de la répugnance pour le travail agricole, par exemple, accepte volontiers un autre genre d'occupation et vice-versa. Il faut pouvoir suffire à ces besoins variés : c'est ce à quoi tendent la plupart des asiles ; quelques-uns, il faut bien le dire, sont seulement arrêtés dans cette voie par les Conseils généraux, qui voient dans l'extension du travail intérieur, dans l'augmentation du personnel dirigeant ces travaux et ces ateliers, des sources de dépenses dont le bénéfice immédiat ne se démontre pas. Discutant logiquement les dépenses propres à chaque atelier, les profits qui en résultent, ils déduisent trop vite que le bénéfice argent est insignifiant ou nul et ils exigent parfois des suppressions ou des réductions qu'au point de vue économique ils considèrent comme nécessaires. Ils oublient ainsi la part qui, dans ce genre de travail ou de dépense, appartient au traitement de l'aliéné et qui, de ce chef, doit, avant tout, être imputée comme une charge incombant à l'asile.

C'est là une omission regrettable, une erreur fâcheuse et qui disparaîtra, nous l'espérons tous, à mesure que l'opinion publique se fera plus juste pour tout ce qui concerne l'aliéné et l'asile qui l'abrite. Les affirmations et les désirs du conseil supérieur de l'assistance publique ne laissent aucun doute à ce sujet ; en voulant effacer du frontispice de nos asiles l'inscription qui y a figuré jusqu'ici pour y substituer celle d'asile hospitalier ouvert au traitement des maladies mentales, le conseil, l'administration supérieure veulent donner l'appui de leur autorité à une transformation d'idées nécessaire. De l'aliéné, du fou qu'on redoute, qu'on isole, qu'on fuit, on veut, à bon droit, faire un

malade qu'on recueille, qu'on soigne et qu'on cherche à guérir par tous les moyens que la science met à la disposition des hommes dévoués et instruits placés à la tête de nos asiles. Peu importe, si ces moyens ne revêtent pas la forme ordinaire des procédés thérapeutiques, s'ils sont plus ou moins onéreux que d'autres, en réalité ils ne le sont pas ; nous avons pour devoir de les laisser entre les mains de ceux qui en attendent quelques résultats. Pour des administrateurs bien inspirés, c'est la seule voie sage à suivre.

Je puis ajouter, avec quelque autorité, que l'administration supérieure était absolument pénétrée de ces pensées, quand, dans le nouveau règlement concernant le travail, elle a explicitement fait connaître les genres d'occupation auxquels l'aliéné pouvait être convié, depuis la minime participation aux soins vulgaires du ménage jusqu'aux grands travaux agricoles et même industriels et en en confiant la distribution exclusive au médecin, seul chargé d'apprécier quand, comment, dans quelle mesure l'application du travail doit être faite à chaque aliéné.

L'intérêt direct du malade dans le travail est également un élément indispensable de succès ; sa nécessité est indiscutable ; dans la gratification offerte aux travailleurs, dans la création du pécule, il ne faut pas voir seulement un acte de certaine équité, rémunérant dans une certaine proportion, le travail utile fait pour autrui, mais surtout l'excitant nécessaire pour briser la résistance des uns, l'indifférence ou l'inertie des autres.

Pour ceux qui croient à l'influence heureuse dans la médecine mentale du traitement moral ou suggestif, il n'est pas douteux que le produit matériel du travail, la rétribution qu'il procure, soit un moyen dont le médecin peut, en bien des cas, tirer un utile parti. L'argent ou ce qu'il donne, c'est pour les fous comme pour les sains d'esprit, un excellent stimulant du travail ; il en assure la régularité, la continuité. Il n'est pas rare, quand des lueurs de raison traversent encore un cerveau déséquilibré, d'entendre dans les asiles, discuter par des travailleurs le salaire réalisé, d'en voir apprécier parfois sévèrement ou avec quelque logique la maigreur et de faire naître un éclair de douce satisfaction et de joyeuses espérances par la perspective d'un plus grand profit.

L'utilité du pécule constitué par le travail, la nécessité de son utilisation immédiate au profit du travailleur, tout cela n'a pas ici besoin de démonstration, c'est acquis. Cependant, il ne serait pas impossible de montrer que pratiquement on constate une certaine résistance à

donner partout la même impulsion à ce moyen d'action. La raison en est tout économique : Cette conversion du travail de l'aliéné en argent représente un article budgétaire et une dépense effective. On oublie souvent la recette correspondante ; la somme représentant la dépense demeure seule dans l'esprit. Elle est parfois considérée comme excessive par ceux qui la subissent et réduite à des proportions par trop exiguës ; ou bien encore le pécule s'accumule d'année en année dans la caisse de l'asile, sans qu'il en soit rien détourné pour en faire jouir le travailleur, indolent et incurable, et à son décès, l'établissement rentre, sans trop de scrupules, dans tous ses débours és.

Il est équitable que dans la nature du possible, ce pécule soit utilisé pour l'aliéné ; il est sage qu'à défaut de l'initiative que le malade ne peut avoir, le médecin ait le droit et le pouvoir d'agir pour lui et de se servir de l'argent ou même des appétits qu'il engendre, pour exercer quelque action sur un être inerte, en apparence, privé de toute manifestation fonctionnelle, volontaire ou sensuelle.

De même que le travail, l'argent qui en est le produit ne peut être manié que par le médecin qui doit faire concourir l'un et l'autre au bien-être du malade, à son traitement, sans qu'aucune autre considération puisse l'arrêter dans l'exercice de ce véritable devoir professionnel.

Telles sont, Messieurs, les considérations générales, les préoccupations qui ont motivé certaines modifications dont l'administration supérieure a pris l'initiative et que M. le Ministre a sanctionnées de son autorité, tout récemment, en réglant à nouveau les conditions du travail et du pécule dans les asiles.

J'ai pensé qu'il ne serait pas inopportun de profiter de cette réunion pour justifier devant vous l'utilité de ces modifications et pour vous expliquer dans quel esprit elles ont été faites.

Elles ont pour but de donner au médecin un pouvoir non pas nouveau, mais mieux défini et de lui remettre entre les mains une arme meilleure. Je n'ai pas à discuter ici les termes mêmes d'une décision ministérielle ; notre devoir est de nous soumettre aux prescriptions faites ; mais cette soumission est d'autant plus facile qu'on saisit mieux le but poursuivi. Dans le cas actuel, l'administration est évidemment dans le même courant d'idées que les représentants les plus autorisés de la médecine mentale. Nous marchons ici sur le même terrain ; nous avons le même objectif, la guérison de l'aliéné, quand

elle est possible, et, à son défaut, l'amélioration de son état mental et matériel, l'adoucissement de sa misère physique.

M. le D[r] Doutrebente (de Blois) adresse quelques critiques au sujet de la mesure adoptée par les asiles du Nord et de la Seine-Inférieure, qui consiste à verser le pécule des décédés à la caisse de secours pour les anciens malades sortis des asiles, non pas qu'il considère cette mesure éminemment humanitaire, mais parce qu'elle lui paraît antiréglementaire.

Il n'appartient pas en effet à tel ou tel asile d'édicter des mesures plus ou moins utiles, et il conviendrait évidemment, avant que cette manière de procéder fut adoptée par d'autres établissements, que le ministre de l'intérieur modifiât les règlements actuellement en vigueur.

M. le D[r] Giraud (de Rouen). — Messieurs, je n'aurais pas demandé la parole si M. Doutrebente n'était pas venu critiquer de nouveau la mesure adoptée à l'asile de Bailleuil et dans les asiles de la Seine-Inférieure de verser le pécule des décédés à la caisse de secours pour les nécessiteux sortis de l'asile. Je ne puis qu'adhérer entièrement à la formule donnée par M. l'Inspecteur général Drouineau : *le travail fait pour l'aliéné*, c'est-à dire envisagé tout d'abord comme moyen de traitement, et non pas uniquement comme moyen de grossir les recettes de l'asile. Mais je ne vois pas en quoi les aliénés de l'asile peuvent souffrir de ce qu'on reverse le pécule des décédés à la caisse d'une société de patronage au lieu de l'attribuer à la caisse de l'asile. Le compte pécule n'est pas un fonds indivis sur lequel on peut faire des prélèvements au profit des aliénés, c'est une réunion de comptes individuels, et on ne peut pas prendre sur le compte d'un malade pour en faire profiter un autre malade. En outre, le règlement veut qu'on réserve sur chacun de ces comptes une somme de 15 francs avant d'en faire usage au profit de l'aliéné de l'asile. Le malade qui a travaillé laisse donc toujours un reliquat au moment de son décès. En quoi les autres malades peuvent il avoir intérêt à ce que ce reliquat rentre dans la caisse de l'asile? Nous n'avons jamais songé à restreindre l'emploi du pécule dont les aliénés peuvent disposer. En réalité, l'attribution du pécule des décédés pour le patronage des nécessiteux sortis n'est qu'une subvention donnée par l'asile, et si cette subvention est donnée sous cette forme, c'est parce qu'il est plus facile d'obtenir l'abandon d'une recette que l'inscription d'un crédit nou-

veau au budget. Je n'ai pas à insister davantage sur cette question qui est tout à fait indépendante de celle qu'a traitée M. l'Inspecteur général Drouineau.

DE QUELQUES FORMES DE L'HYDROCÉPHALIE

(*Idiotie hydrocéphalique et ses variétés*).

Par MM. les Drs Bourneville et Noir.

Messieurs,

Notre but n'est n'est pas de faire une monographie de l'hydrocéphalie. Il est beaucoup plus modeste. Nous désirons seulement présenter quelques considérations anatomo-cliniques sur différentes formes de l'*idiotie hydrocéphalique*, compliquée ou non d'épilepsie, en nous appuyant sur une collection de documents que nous avons rassemblés à Bicêtre. Ces documents comprennent, outre les observations, une collection de dix-sept crânes d'enfants hydrocéphales à des degrés divers, les photographies des cerveaux correspondants, ainsi que les photographies des malades morts et de quelques malades encore présents dans le service.

Un examen attentif de l'ensemble des documents, que nous mettons sous les yeux des membres du Congrès, nous a conduit à distinguer trois groupes principaux : *1° Hydrocéphalie simple*, vulgaire ; — *2° Scapho-hydrocéphalie ; — 3° Hydrocéphalie symptomatique.*

§ I. Hydrocéphalie ordinaire.

Dans ce groupe, la physionomie des malades, la configuration du crâne ont en quelque sorte un air de famille, qui ne laisse aucun doute sur la nature de l'affection. L'hydrocéphalie occupe soit les ventricules seuls, soit en même temps la cavité arachnoïdienne et est accompagnée d'hydrocéphalie enkystée.

Ce groupe se divise en deux variétés suivant que l'hydrocéphalie est simple et sans malformations du cerveau ou compliquée de lésions, par exemple l'absence de corps calleux ou des hémisphères cérébelleux, etc.

I. *Cas d'hydrocéphalie simple sans malformations.*

Nous possédons sept cas de cette variété ; nous allons rapporter leur histoire en la faisant suivre, à l'occasion, de réflexions qui faciliteront les considérations générales qui termineront notre travail.

Observation I. — Hydrocéphalie ; épilepsie partielle du coté droit ; état de mal épileptique ; mort.

Sommaire. — *Père rhumatisant, attaque d'apoplexie avec hémiplégie gauche ; excès alcooliques.— Grand-père paternel suicidé. — Mère nerveuse. — Un frère mort de convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 16 ans. — Emotions durant la grossesse. — Accouchement prématuré. — Circulaires du cordon mais pas d'asphyxie. — Accidents nerveux de 5 à 6 mois. — Premières convulsions à huit mois, limitées à droite. — Parésie consécutive du côté droit. — Rougeole; ophtalmie. — Otites : surdité à gauche. — Augmentation des accès à 9 ans. Arrêt de développement du membre supérieur droit. — Gaucher. — Irritabilité. — Affaiblissement progressif de l'intelligence. — Suppression de l'écoulement auriculaire. — Suspension des accès. — Démence progressive. — Etat de mal épileptique ; marche de la température ; mort.*

Autopsie. — *Amincissement des os du crâne. — Absence de syntose. — Hydrocéphalie ventriculaire. — Amincissement des parois ventriculaires. — Description du cerveau. — Lésions partielles de méningo-encéphalite. — Persistance du trou de botal.*

Chev..., Auguste, né à Paris le 1er octobre 1870, est entré le 7 avril 1882 à l'hospice de Bicêtre (service de M. Bourneville).

Renseignements fournis par sa mère (24 mai 1882).— *Père*, serrurier, soldat pendant sept ans, marié à 32 ans, pas d'excès de boisson, rhumatisant, mort à 51 ans, en octobre 1874, d'une *hypertrophie du cœur*. Il avait eu plusieurs *attaques d'apoplexie avec hémiplégie gauche*. — [*Père*, ex-agent de police, s'est tué d'une coup de pistolet, ennuyé de s'entendre toujours reprocher son ancien métier par ses camarades. Il faisait quelques *excès de boisson*.— *Mère*, morte à 78 ans ; elle n'était pas d'un tempérament nerveux.— Cinq *frères*, trois sont morts : un en naissant, un autre phtisique, le troisième on ne sait de quoi. Des

deux survivants, l'un est atteint d'impaludisme, l'autre est bien portant].

Mère, 43 ans, couturière, mariée à 16 ans, assez intelligente, sujette à des *douleurs névralgiques* du côté droit de la face. Elle est très impressionnable et pleure pour la moindre chose, surtout par les temps d'orage, après des contrariétés ou de mauvaises nouvelles. — [*Père*, mort d'une fluxion de poitrine ; sobre. — *Mère*, morte à 82 ans, de vieillesse. — On n'a pas de renseignements sur les grands parents paternels et maternels. — Cinq *frères*, dont deux morts; les trois autres sont bien portants, sans accidents nerveux. Ni aliénés, ni épileptiques, etc., dans la famille, soit d'un côté, soit de l'autre. — Pas de consanguinité. Il y a 16 ans de différence entre le père et la mère.]

Sept *enfants :* 1° Fille, 24 ans, chanteuse dans un concert, intelligente et bien portante ; — 2° Fille morte à 11 ans d'une péritonite ; elle était assez intelligente ; — 3° garçon mort à 11 mois de *convulsions ;* — 4° garçon, 17 ans, employé d'imprimerie, est d'une *intelligence médiocre ;* — 5° fille morte à 7 mois, de diarrhée ; — 6° notre malade ; — 7° fille, 5 ans, intelligente et bien portante.

Notre malade. — Le mari était déjà malade depuis longtemps au moment de la *conception.* — *Grossesse* bonne jusqu'à huit mois, époque où la mère a été fortement impressionnée à la suite de la perte de sa fille âgée de 11 ans, morte au moment où elle l'embrassait. — L'*accouchement* s'est fait 20 ou 25 jours *avant terme*, naturel et rapide (2 heures). — *A la naissance,* l'enfant n'était pas cyanosé, bien qu'il eut deux circulaires du cordon autour du cou. — *Elevé au sein* jusqu'à quinze mois ; propre à un an, il a commencé à marcher à treize mois, à parler à 20 mois ; toutefois, son élocution est restée difficile. A partir de 5 ou 6 mois, on remarqua qu'il devenait parfois tout pâle et parfois semblait comme mort ; cet état, qui durait une ou deux minutes, s'est répété cinq ou six fois par jour, jusqu'à 8 mois (vertiges?), A cet âge apparurent les *premières convulsions localisées à droite.* Pendant cinq ou six jours, elles persistèrent dans le bras droit ; la main était continuellement secouée ; les yeux d'abord normalement dirigés se convulsèrent vers le 3e ou le 4e jour. Ces convulsions des yeux ont duré cinq jours (?). Le bras et la jambe du côté gauche n'auraient rien présenté de particulier.

Lorsque Chev... a commencé à marcher à 13 mois, on s'est aperçu qu'il avait une *faiblesse marquée du côté droit* : il traînait la jambe de ce côté et laissait tomber les objets saisis avec la main correspon-

dante. A 14 ou 15 mois la faiblesse du bras et de la jambe augmenta.

La mère de Chev... décrit ainsi les *accès :* Il tombait sur le côté sans cri aigu, devenait pâle ; les mains se crispaient, les yeux se convulsaient en haut ; puis apparaissaient quelques secousses dans le bras et la jambe du côté droit seulement. Ni ronflement, ni écume, ni morsure de la langue. Tout en conservant sa connaissance (?), il était impossible à l'enfant de parler : sa langue était comme paralysée. Les accès se répétaient deux ou trois fois par mois, surtout par les temps orageux, et conservèrent jusqu'à neuf ans cette même fréquence. A partir de cet âge, ils se multiplièrent et on en nota parfois huit en vingt-quatre heures. Il y aurait eu des rémissions de deux ou trois semaines.

Rougeole à deux ans ; *otite* gauche à 2 ans 1/2, puis *ophtalmie* double qui dura cinq semaines ; ensuite survint une deuxième *otite* qui persistait à l'entrée dans le service : l'écoulement sent très mauvais. Il reste de la surdité de l'oreille gauche.

Etat actuel. — *Tête* normalement développée. *Crâne* ovoïde, symétrique ; les bosses sont peu saillantes et mousses ; aplatissement de la région occipitale. — *Front* moyen, assez large, sans proéminence des bosses frontales, recouvert en haut et surtout au niveau des tempes par les cheveux. — Arcades orbitaires saillantes dans le tiers externe. — Les *oreilles* sont appliquées sur le crâne, leur ourlet est régulier, leur lobule est arrondi, la gauche semble un peu plus grande que la droite. *Face* pleine et arrondie, asymétrique : quand il siffle, la bouche est déviée à gauche et la commissure de ce côté forme un pli plus marqué. — Les *yeux* ont leur saillie normale, les fentes palpébrales sont un peu obliques en dehors et en bas ; l'iris est gris ; les pupilles sont rétrécies, la gauche un peu moins que la droite. Dans la vision à une certaine distance, il semble qu'il y ait un léger *strabisme* convergent.— *Nez* large à sa racine, lobule arrondi et gros. — *Lèvres* moyennes.— *Bouche* un peu grande. — Plusieurs *dents* sont cariées. *Voûte palatine* normale. — *Menton* rond.

Cou un peu gros. — *Thorax* bien conformé, pas de déviation du *rachis.* — *Organes génitaux* normaux, pas d'onanisme.

Membres supérieurs. — A l'inspection, le membre droit paraît moins gros, surtout la main. Il était autrefois plus faible à droite qu'à gauche, ce qu'on constatait au dynamomètre ; depuis le mois de décembre 1886, cette différence a disparu. L'enfant était gaucher en temps

ordinaire ; depuis le mois de mai 1883, il s'est mieux servi de la main droite.

	Droit.	Gauche.
Circonférence du bras à l'aisselle..........	25	26
— à 10 centimètres au-dessus de l'olécrâne................	22 1/2	23 1/2
— au-dessous de l'olécrâne	18 1/2	19
— au niveau du poignet.........	14 1/2	15
— au niveau du métacarpe	19	20
Distance de l'acromion à l'olécrâne	29	29
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde ..	22	23
— de celle-ci à l'extrémité du médius ..	17,5	18

Membres inférieurs. — Ils ne présentent pas de grandes différences à la vue. Dans la *marche*, Ch... traîne un peu le pied du côté droit, et le reporte un peu en dehors comme en fauchant. Il use plus son pied droit que l'autre.

Respiration normale. — *Circulation :* le 1er bruit est très sourd ; le second s'entend assez bien à la base. Pouls faible. — *Peau* brune, assez épaisse.

Vue normale. — *Ouïe* : les deux otites qu'il a eues à l'oreille gauche l'ont rendu sourd de cette oreille. Aujourd'hui, il entend le tic-tac d'une montre à 0m30. — L'enfant est peu affectueux, très taquin, désobéissant, voleur ; souvent il frappe les enfants avec lesquels il joue.

1882. *Juillet.* — Chev... est moins méchant, il joue avec ses camarades, aide au service ; il est poli, obéissant, devient plus calme.

Août. — *Affaiblissement physique*, nonchalance après les accès.

7 décembre. — Il paraît qu'à la suite de chaque accès, il est comme *paralysé du côté droit* ; la paralysie persisterait pendant 15 à 20 minutes. Dans les accès, les *convulsions n'existeraient que dans les membres du côté droit*, tandis que le côté gauche reste immobile.

1883. *16 mai.* — Série d'accès dans la journée suivis de prostration.

1885, *Mars.* — L'enfant paraît s'alourdir ; il travaille toujours avec bonne volonté, mais est moins vif qu'autrefois. Il n'a plus d'accès, mais à mesure qu'il avance en âge, son intelligence baisse; il faut lui répéter plusieurs fois la même chose, et encore répond-il de travers.

1886. — L'*écoulement de l'oreille gauche* est arrêté depuis 10 mois,

époque à laquelle l'intelligence de l'enfant a baissé. Les accès deviennent plus fréquents. L'intelligence diminue de plus en plus. Ch... est souvent endormi, ou reste ahuri sans comprendre ce qu'on lui a dit.

Décembre. — L'intelligence de l'enfant décline tellement qu'il ne cherche plus maintenant à se rendre utile. S'il le fait, c'est maladroitement et sans se rendre compte de ce qu'il fait.

Mensurations de la tête.

	1886	1887
Circonférence horizontale maxima..........	58	59 1/2
— bi-auriculaire................	34	39
Distance de la racine du nez à l'articulation occipitale	»	35 1/2
Diamètre antéro-postérieur.................	19,5	19
— bi-auriculaire...................	12,7	12 1/2
— bi-pariétal	16	16 1/2

1888. *24 février.* — Trois petits accès successifs le matin. Les accès augmentent de fréquence l'après-midi et atteignent le nombre total de 30. Dans la nuit du 24 au 25, il y a 17 accès.

25 février. — De 5 heures du matin à 9 heures, il y a 22 accès. *Traitement :* 1/4 de lavement de quinine, 1 gr. 50 ; purgatif drastique ; lavement purgatif. Nuit du 26 au 27 février, pas d'accès de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

27 février. — Série d'accès. — Les convulsions sont toniques et *portent seulement sur le côté droit du corps.* Le malade est cyanosé ; les conjonctives injectées ; les pupilles égales et rétrécies. — Les voies respiratoires sont envahies par une bave épaisse, jaunâtre qui s'écoule de la bouche, et produit un gros râle trachéal. — *Traitement :* Lavement purgatif, lotions vinaigrées, sinapismes sur les cuisses ; sulf. de quin.

A trois heures de l'après-midi, l'enfant avait 15 accès depuis 6 heures du matin. De 6 heures du matin à 4 heures de l'après-midi, il a eu 19 accès. De 6 heures à 7 heures du soir, 2 accès. L'état comateux a *persisté tout le jour* sans retour de la connaissance. Ecume abondante, yeux déviés à gauche. L'enfant urine dans son lit, même dans l'intervalle des accès et à des périodes espacées. (Il n'avait pas jamais été gâteux). Total des accès : 21.

Du 27 au *28 février.* — Il n'y a pas eu d'accès dans la nuit, pas de

gâtisme, pas de pertes séminales (1), la prostration est moins prononcée. — *Traitement :* 3 gr. d'antipyrine, etc.

28 février. — Le malade a pu prendre un peu de lait à la cuiller; quand on lui parle fort, il tourne un peu les yeux, mais n'a pas l'air de comprendre. A cinq heures, accès très court. Dans la journée du 28, il a bu un gobelet et demi de lait. — Etat demi-comateux. — Constipation malgré un lavement purgatif.

29 février. — Pas d'accès dans la nuit. A minuit, injection de 1 gr. d'antipyrine. — T. R. 41°, 5; — P. 170.; — R. 58. — A 7 heures, eau-de-vie allemande, 30 gr. Pas de selles à 11 heures.

Le malade a la face dirigée à gauche, les yeux déviés du même côté et un peu en haut; les pupilles contractées.— La conjonctive oculaire gauche est injectée et la paupière de ce côté couverte de mucosités. — *Nystagmus* transversal des yeux. — Les *pupilles* sont très peu contractiles. — La face est pâle, cyanosée, le nez pincé, effilé, les narines pulvérulentes. Les lèvres et la langue sont sèches, couvertes de mucosités assez abondantes. L'haleine est fétide. — Les oreilles sont un peu cyanosées. La peau est chaude, sèche.— Les membres supérieurs sont flasques, fléchis, le membre gauche retombe immédiatement, tandis que le membre droit se maintient. — Mort à 11 h. 1/4.

Autopsie. — *Tête.* — *Cuir chevelu* peu épais, décoloré en avant où il y a cependant trois petites taches ecchymotiques, offrant une injection assez prononcée dans toute la partie postérieure. — *Crâne* : os peu épais. A l'inspection de la base du crâne, on constate que les saillies osseuses sont très prononcées et que les différents étages ont leur profondeur normale. Voûte crânienne symétrique, très légèrement natiforme. Les sutures sont en général assez sinueuses sans trace d'os wormiens et parfaitement distinctes sur les deux faces de la calotte crânienne. — A la base, la *dure-mère* est injectée, les *sinus* sont pleins de sang, l'adhérence aux os est normale.

Lorsqu'on enlève le cerveau, il s'écoule une assez grande quantité de *liquide céphalo-rachidien ;* on en recueille 150 gr. Les *artères*, les *nerfs* et les différentes parties de la base de l'encéphale sont symétriques. — La *pie-mère* offre une vascularisation générale à la base et à la convexité. L'*espace interpédonculaire* est bombé, très aminci et se présente sous l'aspect d'un pseudo-kyste. Quand la *tige pituitaire* a été détachée, le *liquide céphalo-rachidien* est sorti en jet. En séparant

(1) Nous faisons noter, autant que nous pouvons, les évacuations urinaires et fécales et, à l'occasion, séminales, qui surviennent durant les crises. Nous utiliserons un jour le résultat de ces observations (B).

les deux hémisphères, les *ventricules latéraux* apparaissent remplis de liquide céphalo-rachidien, et *très dilatés*. La dilatation est à peu près la même sur les deux côtés et porte sur les trois cornes. On recueille encore 240 gr. de liquide ; en tout 390 gr. — Le *corps calleux* est moins épais que d'habitude. Les parois des deux hémisphères sont amincies, mais à un degré modéré. Voici les dimensions des ventricules latéraux, les mêmes d'ailleurs des deux côtés :

Largeur à la partie intérieure....	8 c.	6
— à la partie extérieure...	12	5
Hauteur à la partie intérieure...	3	
— à la partie extérieure...	4	
Profondeur en avant...	2	1/2
— en arrière...	3	1/2
Epaisseur de substance cérébrale au niveau du centre du ventricule...	2	1/2
Epaissseur de la partie antérieure du ventricule...	1	
Epaisseur de la partie postérieure du ventricule...	3	1/2

Les différentes faces ventriculaires sont comme lavées ; les plexus choroïdes pâles. Les *circonvolutions de la face interne* des deux hémisphères sont un peu chagrinées. — Les *circonvolutions de la face convexe* ne présentent pas d'altérations macroscopiques. — La *pie-mère* non épaissie, si ce n'est au niveau des scissures de Sylvius, s'enlève facilement des deux côtés. Les *corps striés*, les *couches optiques* ne présentent rien d'anormal, sauf que leur surface est fortement chagrinée, surtout à la partie antérieure du corps strié et à la partie postérieure des couches optiques. Le reste de la surface des ventricules est lisse.

Le *cervelet* est normal et bien conformé. — L'*aqueduc de Sylvius* est considérablement élargi, mais le quatrième *ventricule* n'est pas dilaté. Son épendyme est épaissi, dur, rugueux, grisâtre. Hauteur : 6 mil. ; largeur : 7 mil.

Encéphale...	1560 gr.
Hémisphère droit...	590
— gauche...	590
Cervelet et isthme...	175
Hémisphère cérebelleux droit...	70
— — gauche...	70
Protubérance et bulbe...	35

(La description détaillée du cerveau nous entraînerait trop loin ; nous la donnerons dans le compte-rendu de Bicêtre pour 1893).

Nous devons signaler l'hérédité du côté paternel (attaques paralytiques répétées du père, mort hémiplégique, excès de boisson et suicide de grand-père paternel), les névralgies de la mère, la mort par convulsions d'un frère du malade, l'arriération intellectuelle d'un autre de ses frères. Comme ses frères, il a subi l'influence héréditaire d'autant plus qu'il paraît avoir été conçu alors que son père avait eu déjà des attaques paralytiques. Signalons une impression vive de sa mère au 8e mois de sa grossesse, et l'accouchement 20 à 25 jours avant terme (1). Toutes ces circonstances pathologiques constituaient un terrain bien préparé pour l'éclosion d'accidents nerveux. Les renseignements sur l'apparition et l'évolution de l'hydrocéphalie font malheureusement défaut. Les accidents concomittants observés chez l'enfant peuvent se résumer ainsi : de 6 à 8 mois crises syncopales ; — à 8 mois convulsions intermittentes pendant 5 jours, localisées à droite ; — à 13 mois affaiblissement paralytique remarqué dans le côté droit ; — accès épileptiques deux ou trois fois par mois jusqu'à neuf ans, puis augmentation de la fréquence des accès.

Durant le séjour de l'enfant dans le service, les accès compliqués de rares vertiges sont allés toujours en augmentant, ainsi que le montre le tableau ci-après :

	Accès.	Vertiges.
1883	160	1
1884	142	4
1885	204	9
1886	181	10
1887	212	12
1888	155	2 (En 2 mois).

De même qu'avant l'entrée, les convulsions étaient limitées à la moitié droite du corps, côté qui était incomplètement paralysé. Maintes fois après les crises, on a noté une augmentation temporaire de la paralysie. Sous l'influence de la répétition des accès, l'intelligence s'est progressivement affaiblie. On lui avait appris à épeler, à compter jusqu'à 100, à distinguer les couleurs, les surfaces, les solides, à faire de la gymnastique, même à écrire ; mais à la fin de 1887 ses connaissances avaient sensiblement diminué, la parole était devenue plus lente ; dans les premiers temps il prenait plaisir à aider dans le service, peu à peu il est devenu maladroit et ne se rendait plus compte de ce qu'il faisait. Souvent, après ses crises, on avait

(1) La poche des eaux aurait percé deux heures après l'émotion éprouvée par la mère.

remarqué qu'il devenait plus irritable, taquin et désobéissant. Ses sentiments affectifs étaient allés en diminuant.

Au mois de février 1888, il a été pris d'un *état de mal épileptique* qui a offert les caractères habituels et s'est terminé promptement par la mort. La température rectale a suivi comme d'ordinaire une élévation rapide.

Obs. II. — Hydrocéphalie simple. — Ectopie du rectum.

Sommaire. — *Père, rhumatisant, un peu alcoolique. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Mère, rhumatisante, nerveuse. — Trois tantes maternelles, mortes de convulsions. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 3 ans. — Frère aîné, convulsions internes.*

Grossesse tourmentée par des accès de colère et de jalousie. — A la naissance, tête ordinaire. — A 6 mois, début du grossissement de la tête. A 14 mois, tête volumineuse. — Faiblesse de la jambe droite. — Début de la parole à 15 mois, de la marche à 2 ans 1/2 ; marche seul à 8 ans. Déviation du pied droit à 7 ans. — Placement à l'Asile Clinique à 8 ans. — Rougeole à 7 ans 1/2. — Première dent à un an. — Soudure des fontanelles à 8 ans. — Marche de plus en plus difficile. — Onychophagie. — Rubéole à 11 ans. — Broncho-pneumonie. Mort.

Autopsie. — *Adhérences de la dure-mère. — Dilatation ventriculaire, prédominant dans les cornes frontales, sphénoïdales, plus prononcée à droite qu'à gauche. — Liquide céphalo-rachidien, 120 gr. — Ectopie du rectum.*

Cœur... (Marcellin-Jules), né le 21 janvier 1876, est entré le 5 avril 1886, à Bicêtre (Service de M. Bourneville).

Antécédents (Renseignements fournis par le père et la mère de l'enfant.) — *Père*, 46 ans, tonnelier, assez grand, fort, marié à 23 ans. Rhumatisme articulaire à 44 ans, ayant nécessité un séjour de deux semaines au lit. Aucun autre antécédent morbide. — [*Famille du père: Père,* mort on ne sait de quoi à 45 ans, cultivateur, excès alcooliques. — *Mère*, morte à 52 ans, hydropique (?), ni alcoolique, ni accidents neuro-arthritiques. — *Grand-père paternel*, sobre, mort très âgé. — Aucun renseignement sur la *grand'mère paternelle* et les *grands-parents maternels*. — Un *frère* et une *sœur* bien portants.]

Mère, 43 ans, autrefois domestique, grande, forte, brune, physionomie régulière, mais traits assez grossiers. Rhumatisme articulaire aigu généralisé à 32 ans. Aucun accident nerveux, sauf deux ou trois syncopes ; assez coléreuse, mariée à 23 ans. — [*Famille de la mère: Père*, mort à 52 ans des suites d'un traumatisme grave du genou,

garde dans un château, il cultivait la terre, était sobre et bien portant. — *Mère*, morte à 65 ans après deux mois d'une maladie restée inconnue. Bien portante auparavant. Aucun accident neuro-arthritique. Pas de renseignements sur les *grands-parents*. Quatre *frères* : deux sont morts en bas âge ??... — Un vit, sobre ; un autre est asthmatique et a de nombreux enfants bien portants. — Trois *demi-sœurs* (de mère) mortes jeunes de « *convulsions* ». — Dans le reste de la famille aucune tare pathologique connue.] — Pas de consanguinité.

Trois *enfants* : 1° *Garçon*, 21 ans, aurait eu dans son enfance une dizaine de fois des « *convulsions internes* durant de deux à trois minutes. » Il est actuellement colporteur, aurait une bonne conduite et n'aurait jamais été malade. — *Fille*, 17 ans, couturière, grande, intelligente, bonne conduite.

3° *Notre malade*. Rien de particulier à la *conception*. Durant la *grossesse*, la mère accuse de fréquents accès de colère contre son mari. L'*accouchement* eut lieu à terme et fut normal. *A la naissance*, l'enfant était bien portant et vigoureux, sa tête n'était pas volumineuse, il la tenait droite et on lui mettait facilement les petits bonnets qui avaient servi à son frère. Mis en nourrice, il fut alimenté au lait de vache. Il n'aurait pas eu d'accidents jusqu'à six mois. La nourrice prétendit même qu'il n'avait pas eu de convulsions. A six mois, la tête commence à grossir et l'on constate que l'enfant a les yeux fortement portés en haut, de sorte que l'on n'en voit que le blanc. Ce *strabisme* fut attribué à ce qu'une pendule placée au-dessus du berceau de l'enfant attirait ses regards par les oscillations de son balancier. A part cela, la santé de l'enfant était parfaite, son corps était normalement développé et sa tête, bien que volumineuse, se tenait bien.

Cœur... fut changé de gardienne, mis à la campagne, et nourri avec du lait de vache. On chercha à le guérir de son *strabisme* en attirant en bas ses regards au moyen d'un objet brillant, mais on n'y parvint que très incomplètement. Revu à 14 mois par ses parents, sa tête avait encore grossi et la calotte qui lui servait de coiffure avait 65 centimètres de tour. La nourrice aurait constaté vers dix mois de légères *convulsions* assez fréquentes, sur lesquelles il est impossible actuellement d'obtenir des détails. C... ne marchait pas à 14 mois, *la jambe droite semblait plus faible que la gauche*, sans qu'il y eut toutefois de déviation du pied. Il parlait presqu'aussi bien qu'aujourd'hui. Repris alors par ses parents, sa mère nous dit qu'elle ne constata jamais de convulsions, qu'il commença à marcher, tenu par les mains, à un an 1/2 ; qu'à 3 ans, il se promenait seul dans les rues.

A 7 ans, son *pied droit* commença à se tourner et comme il ne pouvait plus marcher, sa mère, à 9 ans, le conduisit à l'Asile Clinique. L'été dernier, elle le retira durant trois mois, mais dut le replacer. L'enfant aurait eu la rougeole et une fièvre (?) durant son séjour à l'Asile Clinique.

La *parole* était alors presque nulle ; il était gâteux pour les urines seulement, mangeait seul avec la cuillère et la fourchette. On ne lui donnait pas de couteau, car, à la suite du récit d'un suicide on crut remarquer qu'il tentait de se couper le cou (?). L'enfant n'a jusqu'alors fait preuve d'aucune attention. Vers 7 ans, il avait la manie de tout déchirer avec les dents, mais actuellement, il ne casse ni ne déchire rien. Ni glouton, ni gourmand, ni salace, il mâchait mal ses aliments à cause de sa mauvaise dentition. La première dent parut à un an, les autres n'ont poussé que très lentement, surtout celles de devant qui n'étaient pas visibles à 2 ans et demi. Il n'avait jamais été malade chez ses parents, parfois cependant il se plaignait de sifflements dans les oreilles. Doux, tranquille, obéissant, affectueux pour ses parents, il aimait les animaux, surtout les chevaux, jouait à la poupée et essayait de coudre. Il ne présentait pas de tics, ni de tremblements en temps ordinaire, mais, quand il riait, ses bras et ses jambes étaient secoués par une sorte de tremblement convulsif.

Sa mère ne sait à quoi attribuer sa maladie. Ses *fontanelles*, d'après elle, ne se seraient fermées qu'à 8 ans. Son état intellectuel serait actuellement stationnaire ; sa sœur a en vain cherché à lui apprendre à lire. La déviation du pied droit, qui s'accroît de plus en plus, a été la cause déterminante de son placement à Bicêtre.

Etat actuel (Avril 1886). — *Tête* énorme (Voir plus loin), paraissant symétrique. Occiput très proéminent, bosses frontales et pariétales très développées. Front très saillant. Pas de trace de fontanelles. *Face* masquée par le front ; arcades sourcilières déprimées ; apophyses malaires peu saillantes. *Nez* camard, un peu retroussé. Sourcils noirs et peu fournis. Cils longs et noirs. Rien de particulier à noter du côté des yeux. Iris brun jaunâtre, pupilles égales, pas de strabisme, ni de paralysie oculaire ; la vue paraît normale (?). Lèvres charnues. Bouche petite, voûte palatine un peu ogivale, dentition normale et assez régulière. Menton peu développé. A noter une légère asymétrie faciale causée par l'abaissement léger de la commissure labiale gauche et l'exagération du pli naso-génien de ce côté. — *Oreilles* placées très bas, bien ourlées mais à lobule adhérent.

Cou court et grêle. *Thorax* bien constitué à tissu cellulo-adipeux

très développé formant de véritables mamelles à l'enfant. — *Colonne vertébrale* rectiligne, avec une très légère inclinaison en avant, due à une attitude vicieuse de l'enfant. — *Ventre* assez volumineux, adipeux, la peau formant des bourrelets.

Bras égaux et symétriques ainsi que les mains qui sont potelées ; doigts en fuseaux, ongles rongés (Onychophagie). — *Membres inférieurs* symétriques, assez bien constitués, pieds plats surtout à gauche. — *Motilité* des membres supérieurs normale. — *Marche* défectueuse. L'enfant incline à droite et à gauche le pied droit dans une légère adduction. La *fig. 43* donne une idée très exacte de la *physionomie*, de l'*attitude* générale de l'enfant et en particulier de celle, très curieuse, des membres inférieurs.

La *sensibilité* sensitivo-sensorielle semble normale, il en est de même des *réflexes rotuliens*. — Rien de particulier aux organes de la *respiration*, de la *circulation* et de la *digestion*. — *Peau* blanche, *nævus* pigmentaire peu volumineux au bras gauche. — Cheveux châtains clairs, bien implantés. Léger duvet clair à la lèvre supérieure, aisselles glabres.

Organes génitaux : Pénil glabre. Verge : long. 35 millimètres ; circonférence, 35 millimètres. Léger phimosis, gland découvrable, méat normal, testicule gauche de la grosseur d'un gros pois. Le droit n'est pas encore descendu.

1886. *16 juin*. — L'enfant est pris à 9 heures du matin d'*accès épileptiformes*. Au premier accès, il a vomi son déjeuner du matin. Ces accès se sont répétés sept fois ; ils ont eu nettement le caractère des accès épileptiformes.

18 juin. — L'enfant est complètement remis de ses accès qui ne se sont pas renouvelés jusqu'à la mort.

28 juillet.. — *Puberté*. Aisselles et pénil glabres. Léger duvet à la lèvre supérieure. Verge : circonférence, 45 millimètres, longueur, 32 millimètres ; phimosis, gland assez difficilement découvrable. Le testicule droit n'est pas descendu, le gauche est du volume d'une grosse olive.

Etat mental de l'enfant (avril 1886). Le fonctionnement des sens paraît normal. L'enfant s'exprime assez bien, il n'est ni vorace, ni salace. Il se balance fréquemment d'avant en arrière, tourne aussi la tête de droite à gauche et se met fréquemment, en tournant la tête, les index dans les oreilles. Il paraît posséder toutes les sensations organiques, mais est fréquemment gâteux surtout au lit.

L'*attention* spontanée se manifeste assez facilement chez lui ; tou-

tefois l'attention commandée est faible, c'est ainsi qu'il paraît ennuyé quand on lui parle et quand on veut le faire causer. Il ne réfléchit que fort peu avant d'agir et paraît assez paresseux. — Les *instincts* sont assez développés, surtout celui de la conservation. Il repousse les enfants qui le bousculent en les appelant « cochons ». Il dort bien, son besoin d'activité musculaire, malgré la diplégie dont il est atteint, se manifeste par les tics coordonnés que nous avons signalés plus haut. Ses instincts *sexuels* se manifestent par l'onanisme nocturne fréquent, jamais diurne.

Les *sentiments affectifs* sont très développés chez lui. Il aime ceux qui s'occupent de lui et est le plus souvent gai ; il pousse des cris de joie et répète fréquemment : « Je suis content. » — Les *sentiments sociaux* et *moraux* n'existent pas. — Les *sentiments esthétiques* sont rudimentaires. Il aime cependant à entendre chanter et accompagne de son balancement antéro postérieur le rythme des chansons.

Le manque de notions suffisantes sur le monde extérieur fait que son langage est rudimentaire. Nous avons déjà signalé la faiblesse de sa volonté. Il n'a pas de personnalité et ne jouit d'autre part d'aucune responsabilité.

Durant son séjour à Bicêtre, l'enfant, atteint de fréquentes *maladies intercurrentes*, ne put recueillir les bénéfices de l'éducation spéciale donnée aux enfants arriérés. Son état avait au contraire tendance à s'aggraver, c'est ainsi qu'il devint gâteux et que sa marche fut de plus en plus défectueuse.

	1886	1888		1889	
		Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.
Poids..........	28 k. 500	24 k.	27 k. 300	25 k. 900	26 k.
Taille..........	1 m. 17	1 m. 22	1 m. 22	1 m. 22	1 m. 26

1887. — Durant cette année l'enfant a fait de nombreux séjours à l'infirmerie pour y être soigné de plaies qu'il se faisait à la tête. On a constaté aussi, durant cette année, que *la marche devenait de plus en plus défectueuse* et *que le pied droit se déviait franchement en varus....*

1889. *Mars.* — Eruption *rubéolique* avec engorgement ganglionnaire et angine érythémateuse. La maladie dura une semaine. La température atteignit 40°,2 le second jour, et retomba progressivement jusqu'à la normale. La maladie ne fut pas suivie de desquamation.

12 octobre. — *Puberté* : Visage, aisselles glabres. Quelques rares poils noirs au scrotum. Verge : longueur, 37 millimètres. Circonférence, 50 millimètres. Prépuce long. Gland découvrable. Testicules égaux, à la racine des bourses, du volume d'un œuf de moineau.

22 novembre. — L'enfant entre à l'infirmerie présentant les symptômes d'une *broncho-pneumonie* gauche (matité à la base, râles nombreux, aux deux temps de la respiration, souffle rude), toux quinteuse. *Soir* : T. R. 38°.

25 novembre. — Toux plus fréquente. Dyspnée. Céphalalgie et rachialgie. Pas de modifications stéthoscopiques. *Soir* : T. R. 37°,6.

30 novembre. — Aggravation notable, le malade ne peut prendre que du bouillon ou du lait. *Matin* : T. R. 39°. — *Soir* : 39°,2.

2 décembre. — Dyspnée très intense. T. R. 40°. — L'enfant meurt à 8 heures 1/2.

Mensurations de la tête.

	1886	1888 Juillet.	1889 Juillet.
Circonférence horizontale maxima.......	600	620	625
Demi-circonférence bi-auriculaire.......	420	460	465
Distance de l'articul. occipito-atloïdienne à la racine du nez....................	»	445	445
Diamètre antéro-postérieur maximum....	198	200	205
— bi-pariétal..................	180	184	186
— bi-auriculaire...............	»	133	1200

Autopsie faite 24 heures après le décès. — *Tête.* — A l'ouverture du crâne, une fois la calotte enlevée, le cerveau s'affaisse comme une *poche*. L'affaissement des hémisphères cérébraux existait avant l'ouverture de la dure-mère, sans que l'on ait donné d'issue au liquide. — La *dure-mère*, adhérente au crâne, présente aussi de nombreuses adhérences avec la pie-mère. Elle est plus épaisse qu'à l'état normal. — Le *crâne*, assez mince, surtout au niveau de la bosse frontale droite, est presque partout transparent. Dans son ensemble il est brachycéphale à un degré très accusé ; les deux bosses frontales forment une saillie très nette, plus accusée à gauche. La région occipitale, au lieu d'être arrondie, est aplatie. La moitié gauche de cette région est notablement déprimée par rapport à la droite (plagiocéphalie). — Les *sutures* sont toutes fermées, sauf la partie postérieure

de la sagittale dont les dentelures sont détachées. — Il n'y a aucune trace de *synostose*, tant à la face interne qu'à la face externe. Il existe sur la branche droite de la suture un os wormien de 36 millimètres sur 10 à 15 millimètres, perpendiculaire à cette suture ; sur le côté gauche, il existe un os wormien de 30 millimètres sur 7 à 8 millimètres, disposé dans le sens même de la suture, qui, des deux côtés, est très sinueuse, il n'y a plus de trace des fontanelles. La *base du crâne*, d'aspect normal, est légèrement asymétrique, car la fosse occipitale droite est notablement plus développée que la gauche. — Les *nerfs* et les *vaisseaux* de la base du crâne sont normaux. — Les *ventricules latéraux*, dilatés, forment de véritables poches surtout dans les cornes frontale et sphénoïdale droites. Les cornes occipitales sont peu dilatées et, à leur niveau, les circonvolutions sont fermes, tandis qu'elles sont ramollies sur le reste du cerveau et offrent des plaques laiteuses au niveau des régions sylviennes.

Poids total de l'encéphale..................................	1,180	gr.
Hémisphère cérébral droit..................................	460	
— — gauche..................................	470	
Hémisphère cérébelleux droit..................................	60	
— — gauche..................................	60	
Cervelet..................................	120	
Bulbe et protubérance..................................	10	
Liquide céphalo-rachidien..................................	120	

Les ventricules ont un aspect chagriné caractéristique. — Le *corps calleux* est excessivement mince.

On trouvera la description du cerveau et l'autopsie des autres organes dans le *Compte-rendu du service* pour 1893.

Le *cervelet*, la *protubérance*, le *bulbe*, la *moelle* n'offrent macroscopiquement rien de particulier tant à gauche qu'à droite.

Nous n'avons à relever que les *antécédents héréditaires* que l'*arthritisme* et plusieurs cas de *convulsions* chez des tantes maternelles. Son frère aurait eu des *convulsions* répétées.

Normale à la naissance, la tête n'aurait commencé à grossir qu'à l'âge de six mois, sans convulsions préliminaires (?), mais avec accompagnement de *strabisme*, attribué d'ailleurs à une cause accidentelle et que, plus tard, on a essayé de corriger. Quatre mois après le début de l'accroissement de la tête sont survenues des *convulsions* légères (?), qui se seraient répétées. A 14 mois, on note un *affaiblissement de la jambe droite*, qui, ultérieurement, à 7 ans, se compliqua d'une déviation du pied. A tous les égards, il y avait un arrêt de dé-

veloppement : marche à trois ans, parole presque nulle, attention difficile à fixer, mastication défectueuse, manie de déchirer avec les dents, dentition et descente de l'un des testicules tardives; occlusion des fontanelles à 8 ans *(Fig. 1)*.

En 1886, l'enfant a eu une série d'*accès épileptiformes* qui ne se renouvela pas jusqu'à sa mort, en décembre 1889. La *paralysie* s'aggrave peu à peu et le pied droit se déforme davantage (*pied bot varus*). Mentionnons la multiplicité des maladies intercurrentes et, entre autres, la *conjontivite purulente*, et rappelons que l'autopsie a fait constater, outre les lésions de l'hydrocéphalie, une *ectopie du rectum.*

Obs. III. — Hydrocéphalie ventriculaire.

Sommaire. — *Père, absinthique. — Arrière-grand-père paternel, buveur. — Deux oncles paternels, morts subitement. — Un cousin paternel, alcoolique et aliéné. Une tante paternelle, imbécile. — Mère, migraineuse. Grand'mère maternelle, gastralgique. — Arrière-grand'mère maternelle, sujette à des attaques syncopales. — Grante tante maternelle, tuberculeuse. — Tante maternelle, tuberculeuse. — Autre tante maternelle, crises de nerfs et paraplégie passagère — Autre tante maternelle, attaques convulsives avec aura. — Un frère, méningite. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge, 3 ans 1/2.*

Grossesse : frayeur à un mois, émotions à 2 mois. — Ophtalmie à la naissance, cécité. Convulsions à 5 mois. Début de l'hydrocéphalie à la même époque. Contractures des jambes et des bras. — Etat actuel : plagiocéphalie, persistance des fontanelles. Cyphose. Cryptorchidie. Mensuration du crâne Amaigrissement, broncho-pneumonie, mort.

Autopsie. — *État du crâne : persistance des fontanelles, synostose partielle des sutures. État vésiculeux du cerveau. Lésions de broncho-pneumonie. Congestion du foie. Calculs rénaux.*

Ess... (Louis-Alexandre), né le... est entré le 28 octobre 1892, à Bicêtre (Service de M. Bourneville), atteint d'hydrocéphalie chronique.

Antécédents (*Renseignements fournis par la mère*, le 5 novembre 1892). — *Père*, 39 ans, boulanger, puis concierge, n'a jamais eu d'accidents nerveux, ni arthritiques. Pas de dermatoses, ni de syphilis probable. Il boit plusieurs *absinthes* par jour, mais ne s'enivre jamais. Bien constitué physiquement, il est d'ordinaire vif et emporté. [*Père*, boulanger, mort à 68 ans, en deux ou trois jours. Sobre, calme, habitant la campagne (Isère), il avait dû cesser son métier, ne pouvant, à la

suite de douleurs, se servir d'une jambe. — *Mère*, morte à 77 ans de pneumonie ; depuis longtemps, elle souffrait de douleurs lombaires, n'avait pas l'air nerveuse. Aucun renseignement sur les *grands-parents paternels*. — Le *grand-père maternel*, mort à 80 ans, aurait été un grand buveur. — Deux *oncles paternels* seraient morts subitement. — Deux *oncles maternels* sont morts : l'un ivrogne, laissant un *fils*, actuellement âgé de 40 ans, devenu *aliéné* à la suite *d'excès alcooliques* et interné dans un asile du département de la Seine (?). Trois *tantes maternelles* vivent ; l'une d'elles, 60 ans, est placée à l'hospice de Bourgoin (Isère), devenue *imbécile* à la suite d'une fièvre typhoïde.— Trois *sœurs* mariées, en bonne santé ainsi que leurs enfants. — Aucune autre tare neuro-arthritique, psychique, etc., dans le reste de la famille du père].

Mère, 36 ans, cuisinière, puis concierge, est *migraineuse*, sujette aux esquinancies et à la blépharite ciliaire, elle fut prise vers 29 ans d'hémoptysies avec aphonie et amaigrissement considérable. Cet appareil symptomatique a disparu, sans qu'un trouble quelconque se soit manifesté durant la grossesse. Actuellement la mère est forte, vigoureuse, nie tout accident nerveux et tout excès alcoolique. [*Père*, marchand ambulant, mort par accident à 80 ans, était très sobre et s'était toujours bien porté. — *Mère*, 78 ans, est gastralgique depuis 7 ans, et était parfois sujette à de fortes coliques ; aucun accident nerveux — Pas de renseignements sur les *grands-parents paternels*, morts assez jeunes. *Grand-père maternel*, mort à 80 ans d'accident. — *Grand'mère maternelle*, morte à 82 ans, avait eu dans les deux ou trois dernières années de sa vie de petites *attaques syncopales* (probablement symptomatiques de thrombose cérébrale). — Trois *oncles paternels*, morts assez âgés, on ne sait de quoi. — Une *tante maternelle*, morte à 38 ans probablement *tuberculeuse*, a eu une fille morte *tuberculeuse*. — Cinq *frères*, dont *deux morts* d'affections aiguës ; les trois *survivants* sont sobres, bien portants, un de ces dernier a 14 enfants, dont 12 vivants, sans *accidents nerveux*, les deux autres sont morts jeunes. Trois *sœurs* : une est morte *tuberculeuse* à 60 ans; une autre qui avait eu, étant jeune, des *crises de nerfs*, mourut à 25 ans à la suite de mauvaises couches. Elle resta à leur suite, 18 mois *paraplégique*. Un médecin aurait parlé de maladie de cœur. La *dernière sœur*, qui est vivante, est rhumatisante, un de ses enfants aurait des *attaques convulsives* avec aura ; un médecin, témoin de ces crises, a prétendu que ce n'était pas de l'épilepsie. — Aucun autre accident pathologique dans le reste de la famille de la mère.]

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 3 ans et demi.

Trois enfants : 1° *fille*, morte à 5 ans d'une maladie aiguë, intelligente, pas de convulsions ; — 2° *garçon*, 6 ans 1/2, intelligent, bien portant, aurait été atteint de *méningite* (?) à 4 ans. Il n'aurait néanmoins jamais eu de convulsions et sa maladie n'a pas laissé de traces.

3° *Notre malade*. Rien de particulier à la *conception*. — Au premier mois de la *grossesse*, *frayeur* produite par un cul-de-jatte, la mère se figura que son enfant n'aurait ni bras ni jambes. Au second mois, *émotions* violentes et fatigues causées par la nouvelle de la maladie de son autre enfant et le long voyage qu'elle fut obligée de faire pour l'aller voir. Aucun accident au cours des autres mois, mais *émotions* fréquentes dues aux cris poussés par les opérés, la mère étant cuisinière à la clinique de M. de Wecker. — *Accouchement* normal, à terme, après 2 heures de grandes douleurs sans anesthésique, ni ergot, ni intervention obstétricale quelconque.

A la naissance, l'enfant était beau, paraissait régulièrement conformé, n'avait pas de circulaire du cordon, n'était pas asphyxié. Allaité au sein maternel jusqu'à trois mois, il est alors envoyé en nourrice, où il est encore allaité au sein. Il fut sevré à 15 mois. Il n'a pas de dents, ne marche, ni parle. — A 5 mois, *convulsions* : ni paralysie, ni contractures consécutives. La nourrice ne donne aucun détail sur les convulsions, mais prétend que l'*hydrocéphalie* date de cette époque. La nourrice écrivit encore trois fois que l'enfant avait eu des *convulsions* sans autres détails. La mère n'en avait jamais constaté elle-même. En même temps la tête grossissait et « le corps, selon l'expression de la nourrice, ne profitait pas. » Un médecin diagnostiqua l'hydrocéphalie. Retiré à 20 mois de nourrice, la mère, outre son hydrocéphalie, remarque à ce moment la *contracture* des jambes et des bas bras qui, depuis, avait diminué.

L'enfant n'a jamais vu. Lors de sa naissance, il fut atteint d'une ophtalmie, que M. de Wecker soigna sans remarquer de lésion oculaire. Il n'a pas eu de maladie infectieuse, n'a jamais été vacciné. La respiration est régulière, la digestion bonne, bien qu'accompagnée ordinairement de diarrhée. Pas de vers intestinaux. Aucune observation sur son état intellectuel, la vie de l'enfant étant purement végétative.

Etat actuel (31 décembre 1892). Visage coloré, pâle ordinairement, mais sujet à des poussées congestives qui le rendent parfois très coloré et même cyanosé. Adiposité assez considérable. Expression dou-

loureuse, l'enfant gémit du reste presque continuellement. Cheveux châtains assez rares, bien implantés.

Crâne très volumineux; sensiblement asymétrique, déprimé en arrière et formant en avant une saillie dont le centre est fluctuant (fontanelle antérieure). Bosses pariétales assez développées, la droite un peu plus volumineuse que la gauche. Bosses frontales assez saillantes, la gauche un peu plus volumineuse que la droite (plagiocéphalie). La *fontanelle antérieure*, au point le plus saillant de la tête, a 74 millimètres de longueur sur 77 millimètres de largeur, ses dimensions obliques sont de 55 millimètres environ. — La *fontanelle postérieure* forme un petit triangle ayant une hauteur de 25 millimètres en apparence. Elle n'est pas saillante, mais se laisse déprimer. Lorsque l'enfant crie on la sent nettementvibrer sous les doigts, phénomène qui ne se produit pas au niveau de la fontanelle antérieure. A la palpation, on sent la suture métopique et la suture sagittale. Le front, haut de 7 centimètres, offre 10 centimètres d'une bosse frontale à l'autre.

Face. Visage ovoïde; arcades sourcilières déprimées. Fentes palpébrales petites (22 mm.), paupières supérieures tendues et déprimées, garnies de cils bien implantés et assez longs. Paupières intérieures un peu saillantes avee cils rares assez bien implantés; légère exophtalmie. Motilité des yeux en tous sens et synergique, mais l'enfant regarde généralement en bas, de sorte que la paupière inférieure masque à demi l'iris. Pas de nystagmus. Iris jaune-grisâtre très foncé. Pupiles égales, moyennement dilatées; pas de réaction pupillaire; l'enfant paraît complètement aveugle.

Nez camard, déprimé considérablement à sa racine, lobule relevé en l'air, ailes peu charnues, narines regardant en bas et en avant; pas de déviation apparente de la cloison. *Odorat* et sensibilité nasale nuls. — Pommettes assez saillantes, symétriques. — Bouche petite (4 cm.). — Lèvre supérieure mince, très saillante au-dessus de la lèvre inférieure, plus charnue, dont le bord libre, la bouche étant fermée, correspond à l'arcade dentaire supérieure. — Palais déprimé, un peu ogival à son centre; voile du palais très bas. Amygdales non procidentes. Luette petite et médiane. Absence complète de dents. — *Langue* normale. L'enfant semble avoir une légère perception du *goût* salé et sucré, mais ne réagit pas aux amers. Menton large à petites fossettes en retrait sur le maxillaire supérieur. — *Oreilles* grandes: le pavillon droit a 5 cm. de long sur 3 de large, le gauche 5 cm. 5 sur 3. Ces pavillons, implantés parallèlement au crâne, ne présentent pas d'hélix; l'anthélix, le tragus, l'antitragus, la conque, sont assez bien

conformés. Le conduit auditif se dirige en bas, en dedans et en arrière. Les lobules, assez volumineux, sont détachés. L'enfant réagit faiblement au bruit.

Cou : 27 centimètres de circonférence, court, sans goître apparent. — *Larynx* développé, l'enfant crie toute la journée. *Cyphose* de la colonne vertébrale au niveau des trois ou quatre dernières vertèbres dorsales. *Thorax* assez saillant. Rien de particulier à l'auscultation. Respiration du type abdominal ; pas de déformation rachitique. — *Abdomen* rien de particulier. — Gâtisme complet et continu. — *Intelligence* et parole absolument nulles.

Les *membres supérieurs* sont assez bien développés. L'avant-bras est en demi-flexion sur le bras. Les mains en pronation ne sont pas déviées, les poings fermés, le pouce en dedans, sont le siège d'une *contracture* que l'on a peine à vaincre. Les ongles des mains sont bien implantés.

Les *membres inférieurs* recouverts d'un duvet noir peu abondant sont adipeux, égaux, contracturés dans la position des tailleurs d'habits. — Les *pieds* légèrement en talus varus semblent un peu plats. — Les *ongles* et les orteils sont normaux, il n'existe pas de réflexes (?). (*fig. 3* et *4*).

	Octobre 1892.	Janvier 1893.	Avril.	
			6	19
Poids	10 k.	10 k. 700	8 k. 100	5 k. 450
Taille	0.58	0.58		

Mensurations de la tête.

	Octobre 1892	Décembre 1892	Avril 189
Circonférence horizontale maxima...	51.2	51.2	50
Demi-circonférence bi-auriculaire...	36 1	36.1	37
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.....	36.5	36.5	38
Diamètre antéro-postérieur maxim..	16	16	16
— bi-auriculaire...........	11.5	11.5	11
— bi-pariétal..............	15.6	15.6	16
Hauteur médiane du front..........	7	7	7

Organes génitaux. — *Pénil* glabre ; verge 5 centimètres de long sur 4 de circonférence, phimosis : gland non découvrable, prépuce long de 2 centimètres. Bourses lâches. *Cryptorchydie complète.* Région anale normale. La *sensibilité* à la figure peu vive, se manifeste sur tout le corps ; la sensibilité au froid est assez marquée.

1893. *2 février.* — Aggravation de l'état général. Abattement, cris plaintifs Augmentation de la contracture des membres.

5 *avril.* — L'enfant tousse et pousse des cris plaintifs continus, ce qui rend toute auscultation impossible. Ces cris sont analogues aux vagissements. Il dépérit notablement. La toux a les caractères du jacassement de la pie.

La *fontanelle antérieure*, très bombée, mesure 70 millimètres de diagonale antéro-postérieure, 75 millimètres de diagonale transversale, et de 70 à 65 millimètres d'un côté à l'autre du losange qu'elle forme. A la palpation, on sent de légers battements, sa compression n'amène aucun accident. — La *fontanelle postérieure* offre à la palpation une dépression de 2 centimètres de hauteur environ, le doigt qui la déprime ressent de violents battements. L'amaigrissement rend la plagiocéphalie plus manifeste.

P. à 148. La température qui se maintenait légèrement au-dessous de 37°, est montée jusqu'à 39° à 5 heures du soir, pour retomber ce matin à 37°,2. Les veines du cou sont saillantes. Les articulations sont raides et les extrémités *contracturées*. Le ventre est volumineux et flasque mais nullement douloureux. La peau est sèche et squameuse sans panicule sous-jacent comme celle des enfants athrepsiques, de petits poils de duvet assez foncés la recouvrent. Pas de modification des *sens*. Aucun progrès de l'*intelligence* ; néanmoins Ess... semble comprendre quand on l'appelle et tourne la tête d'où vient le bruit.

Un examen attentif permet de constater les changements brusques de la coloration du visage. La *raie méningitique* se manifeste. La *sensibilité* assez obtuse au tronc et aux membres, est assez vive à la face. L'enfant réagit à la chaleur.

6 avril. — T. R. : 37°,6. — *Soir* : 39°,6. — *Poids* : 8 k. 100.

19 avril. — L'enfant s'est maintenu à une température oscillant entre 38°,5 et 39°,5 du 6 au 10 avril. La température a fait alors une chute en lysis et est descendue le 14 avril à 36°, depuis elle se maintient aux alentours de 37°. L'état général néanmoins n'est pas satisfaisant, l'enfant maigrit malgré le lait, les œufs battus et le jus de viande qu'on lui fait absorber. — *Poids* : 5 k. 450. — *21 avril.* — T.

R., 39°. — *24 avril.* — Chute progressive jusqu'à 37° de la température. Affaiblissement de plus en plus considérable. Décès.

Poids après décès : 5 k. 200.

AUTOPSIE. — (28 avril 1893). Le cadavre est très amaigri. *Tête.* — *Cuir chevelu* très maigre. — *Calotte crânienne* fortement plagiocéphale. Les bosses frontale gauche et pariétale droite sont notablement plus volumineuses que leurs opposées. — Les *fontanelles* persistent, oblitérées par des membranes. La *fontanelle antérieure*, irrégulièrement losangique, a les dimensions suivantes :

Diagonale antéro-postérieure...........................	70 mm
Diagonale transversale................................	75 mm

L'angle antérieur de la fontanelle est aigu et se continue par la *suture métopique, qui est très nette*, sur un trajet de 3 centimètres et ne laisse ensuite que des vestiges surtout apparents à la face interne de la calotte. L'angle postérieur de la même fontanelle est très obtus, si bien que les deux côtés postérieurs du losange forment presque une ligne droite. Les bords du losange sont formés d'un tissu osseux plus coloré et plus spongieux que le reste du crâne. Dans l'angle latéral droit, un peu en avant de son sommet, se trouve comprise dans la membrane de la fontanelle une petite lamelle osseuse lenticulaire de 8 millimètres de longueur. La *suture coronale* n'est pas plus accentuée que la suture métopique : nette de chaque côté de la fontanelle sur un trajet de 2 centimètres, elle est *complètement synostosée* à droite sur un trajet de 45 millimètres et à gauche sur un trajet de 30 millimètres. La suture sagittale, peu contournée, a des bords spongieux analogues à ceux de la fontanelle ; ils sont très légèrement espacés et l'espace compris entre eux semble comblé par une légère membrane. — La *fontanelle postérieure* a la forme irrégulière d'un triangle isocèle dont la base a 15 millimètres, la hauteur 37 millimètres, les côtés environ 40 millimètres. Les bords en sont grossièrement dentelés et une membrane l'oblitère. Une bandelette de tissu spongieux, moins accentuée qu'au niveau de la fontanelle antérieure, borde son pourtour. La *suture lambdoïde* est formée à droite et à gauche d'une succession d'*os wormieus*, plus nombreux à gauche où ils sont au moins une vingtaine. Sur tout le trajet de cette suture, on peut constater un tissu spongieux analogue à celui qui borde les fontanelles. — La *table interne* du crâne n'offre que de très faibles sillons pour les vaisseaux méningiens. La *paroi crânienne* est d'une minceur considérable (de 1 m à 1m, 5 d'épaisseur). *Le côté gauche est*

nettement plus épais que le droit. Les os sont translucides sur une grande partie de la calotte, surtout au niveau des bosses pariétales et frontales dont le centre est formé de tissu compact d'où rayonne le tissu avoisinant. Ces points offrent nettement l'aspect de centres d'ossification et sont entourés de zones opaques qui s'étendent jusqu'au voisinage des sutures, où le tissu osseux prend des caractères spéciaux. En effet, au niveau de ces sutures, et séparées par de petits intervalles translucides, la *dure-mère* apparaît comme une poche kystique d'une pâleur bleuâtre, plus prononcée au niveau de l'occipital et à droite. Des adhérences nombreuses et fines existent au niveau des lobes frontal et pariétal droits.

Le *cerveau*, que l'on enlève en coupant la calotte circulairement à sa base, paraît nager dans le crâne comme dans un lac. Il offre l'aspect d'une véritable *poche kystique* et s'affaisse peu après. Il s'est écoulé environ 960 grammes de *liquide céphalo-rachidien*. Le cerveau échappe ainsi à toute description immédiate. Pour l'observer, nous avons dû le bourrer de ouate hydrophile. Ainsi distendu, c'est une vaste poche plus développée à gauche qu'à droite et offrant 18 centimètres de longueur sur 12 centimètres de largeur. Le côté droit a 15 centimètres de long sur 5 d'épaisseur, tandis que le gauche a 18 centimètres de long sur 10 de large. La surface de cette vésicule est représentée par une membrane lisse, mince, sur laquelle on constate des îlots de substance cérébrale. La *suture interhémisphérique* est seulement indiquée par une légère dépression linéaire de la vésicule. Le *corps calleux* est réduit à une très mince membrane. L'*hémisphère gauche* ne permet pas de trouver la trace de la scissure de Sylvius. Un îlot de substance cérébrale de 5 centimètres carrés environ forme le vestige du lobe occipital. Une surface lisse et membraneuse lui succède jusqu'au niveau du lobe frontal qui, lui, est représenté par une plaque de substance cérébrale offrant l'aspect de circonvolutions mal délimitées et paraissant être les restes de la partie inférieure de F^1 et de la partie antérieure du lobe temporo-sphénoïdal. L'*hémisphère droit* offre encore moins de substance cérébrale. Le lobe frontal y est représenté par une forte petite partie de son extrémité antérieure ; il n'y a pas de traces du lobe pariétal, ni du lobe temporo-sphénoïdal. Quelques vestiges sclérosés du lobe occipital forment en arrière un petit îlot. La base du cerveau est assez développée dans sa partie antérieure. Les lobes orbitaires existent bien que singulièrement atrophiés et irrégulièrement tant à droite qu'à gauche. Quant au reste de la base, il offre un aspect membraneux, recouvert de minces

couches de substance cérébrale. On peut constater sur la base des dépressions qui paraissent l'origine de la scissure de Sylvius. — Les *pédoncules*, bien que peu développés, existent. Une partie saillante et mince repousse le *chiasma des nerfs optiques*, très atrophiés, et remplit les espaces perforés. Le *corps pituitaire*, très petit, est ramolli et ne peut être enlevé. Le *cervelet*, d'aspect normal, est un peu plus développé à gauche qu'à droite. La *protubérance* et le *bulbe* n'offrent pas, superficiellement, de notables anomalies, le côté droit est un peu plus saillant que le gauche. La *moelle épinière* (17 gr.) est d'aspect normal.

Les *vaisseaux* et les *nerfs* de la base sont étirés, minces, atrophiés, mais symétriques et n'ont rien de nettement anormal.

Cerveau	480 gr.
Cervelet	155
Isthme	20
Liquide céphalo-rachidien	960
Moelle épinière	17

Le *père* de cet enfant était buveur d'absinthe. L'un de ses arrière-grand-pères paternels était un buveur émérite. Un *grand-oncle paternel* était ivrogne et son fils, cousin de notre malade, est devenu *aliéné*, à la suite d'*excès de boisson*. Une grand'tante est *imbécile*.

Du côté maternel, nous devons relever les *migraines* de la mère, les *attaques syncopales* d'une bisaïeule, la *tuberculose* chez une grand'-tante, une cousine et une tante, des *crises nerveuses* chez une tante, des *attaques convulsives* chez une cousine germaine. — Un *frère* du malade aurait eu une *méningite*.

En ce qui concerne l'enfant lui-même, nous trouvons la *frayeur* de la mère au premier mois de la grossesse ; — des *émotions* multiples durant les autres mois ; — à *cinq mois* des *convulsions* suivies de l'apparition de l'*hydrocéphalie* . — Les convulsions se répètent trois autres fois. — A 20 mois, outre l'hydrocéphalie, on notait une *contracture* des jambes et des bras.

A l'entrée à Bicêtre en 1892 (2 ans) : Persistance des *fontanelles antérieure* et *postérieure*, asymétrie crânienne très accusée, écartement de la suture métopique et de la suture sagittale, accès de cris, contracture des quatre membres (*Fig. 4*), cyphose, cryptorchidie.

Nous n'insisterons pas pour le moment sur les résultats de l'autopsie du *crâne* et du *cerveau* qui seront utilisés tout-à-l'heure dans la description qui termine l'exposé des cas de cette première catégorie.

Obs. IV. — Hydrocéphalie ; Idiotie complète.

Sommaire. — *Père, alcoolique, brutal, migraineux. — Grand'mère paternelle, rhumatisante. — Mère, migraineuse et nerveuse. — Grand'mère maternelle, hydarthrose du genou. — Arrière-grand'mère maternelle, cancer du sein ; autre arrière-grand'mère maternelle, tuberculeuse. — Cousine, rachitique. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge d'un an. — Frère, mort à 6 jours de convulsions internes.*

Conception probable durant l'ivresse. — Convulsions généralisées à 8 mois. — Idiotie complète. Gâtisme. Etat actuel.

Autopsie. — *Crâne asymétrique. — Persistance de la fontanelle antérieure. Os wormiens sur la suture lamb loïde. — Liquide céphalo-rachidien abondant. — Cerveau très dilaté surtout à droite et absolument vésiculeux. — Congestion pulmonaire à droite. — Adhérences péricardiques. — Néphrite purulente gauche.*

Gard... (Marie-Clémentine), née le 30 juin 1888, à Paris, entre le 25 juillet 1890, à la Fondation Vallée (Service de M. Bourneville).

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère* le 11 août 1890). — *Père*, 28 ans, cocher, n'aurait jamais eu de maladie aiguë grave, boîteux depuis l'âge d'un an, il est très *alcoolique*, s'enivre fréquemment avec de l'alcool et du vin. Il serait fort brutal et méchant, n'habiterait plus avec sa femme. Il a le visage couperosé et est sujet à de fréquentes migraines. — [*Famille du père.* — *Père*, 55 ans, cultivateur, sobre, bien portant. — *Mère*, 54 ans, rhumatisante. — *Grands parents paternels et maternels* : aucun renseignement. Dans le reste de la famille, aucune autre tare neuro-arthritique ou psychique.]

Mère, 27 ans, servante chez un marchand de vin, est sujette à de fréquentes épistaxis et à de nombreuses crises de *migraines*, elle est nerveuse, irascible, mais n'a jamais eu d'attaques. — [*Famille de la mère.* — *Père*, 57 ans, cultivateur, bien portant et sobre. — *Grand-père paternel*, mort à 96 ans (?). — *Grand-mère maternelle*, morte d'un cancer au sein. Deux oncles et deux tantes paternels dont trois morts jeunes, on ne sait de quoi ; un oncle est bien portant. — *Mère*, 56 ans, d'une bonne santé, conserve cependant depuis ses couches un « gonflement du genou ». — *Grand-père paternel*, très âgé, en bonne santé. — *Grand'mère maternelle*, morte de tuberculose pulmonaire chronique. — Six *oncles* ou *tantes maternels* n'offrent rien à citer. — Cinq *frères* et six *sœurs*, bien portants, ont des enfants robustes, assez

méchants pour la plupart. La *fille* d'une des sœurs est rachitique, scoliotique. Rien de plus à signaler dans la famille de la mère.]

Pas de consanguinité. Différence d'âge d'un an.

La mère est veuve d'un premier mari dont elle a eu trois *enfants* intelligents n'ayant jamais eu de convulsions. Le père de notre malade a eu d'elle *deux enfants* : 1° Notre malade ; — 2° un *garçon* mort à six jours de *convulsions internes.*

Notre malade. — La *conception* a peut-être eu lieu durant l'ivresse. — La *grossesse* a été bonne. — L'*accouchement* eut lieu à terme, sans anesthésie et sans accident. — L'enfant bien portant à la *naissance,* non asphyxié et sans circulaire autour du cou, fut *allaitée* au biberon avec du lait de vache. Elle n'a jamais parlé, ni marché, a toujours été gâteuse et n'a jamais eu une lueur d'intelligence. Elle pleurait constamment ; elle se développait néanmoins assez bien et n'était pas malade. A 8 mois, lors de l'éruption des premières dents, l'enfant eut des *convulsions généralisées* qui se répétèrent, en devenant de plus en plus fréquentes. Conduite à l'hôpital des Enfants-Malades, elle y séjourna 17 jours et fut envoyée à la Fondation Vallée.

Etat actuel (10 août 1890). — Visage pâle, teint cireux. Emaciation du corps plus prononcée que celle de la face. — *Crâne,* très développé, avec prédominance des diamètres transversaux, asymétrique. Cheveux blonds, régulièrement implantés, sourcils blonds, cils longs. Paupières minces, rosées, sillonnées de veinules, recouvrant exactement les yeux. Blépharite ciliaire. *Yeux* bleus, pupilles très dilatées, égales, pas de strabisme, la *vision* paraît normale ; néanmoins l'enfant semble désagréablement impressionnée par la lumière, car elle tient presque constamment les paupières fermées. *Nez* arrondi à son lobule, ailes minces et tremblotantes. L'*odorat* paraît se manifester régulièrement. — *Bouche* étroite, lèvres minces, langue normale. Le *goût* semble nul. — *Menton* arrondi, peu saillant. Arcades zygomatiques déprimées. — *Oreilles* grandes, écartées de leur base d'implantation, bien ourlées, à lobule peu volumineux et non adhérent. L'*ouïe* semble ne pas exister (?).

Cou court et arrondi. — *Thorax* étroit et maigre, omoplates écartées. Colonne vertébrale sans déviation. Engorgement chronique des ganglions carotidiens et axillaires. — *Ventre* volumineux et distendu. — *Cœur* à battements lents et sourds. — *Poumons* et *viscères abdominaux* normaux.

Membres supérieurs maigres, émaciés, mais sans malformations. —

Membres inférieurs plus forts, plus développés que les supérieurs, mais n'offrant rien de particulier.

Sensibilité générale obtuse ; elle semble égale sur toutes les parties du corps. *Gâtisme* complet. — *Intelligence* nulle. Etat de torpeur et de somnolence continuelle. La température rectale moyenne de l'enfant à son entrée est de 38°,2.

L'enfant séjourne à l'infirmerie à partir du 3 août. Elle reste dans une somnolence continuelle, tousse un peu, rejette toute nourriture. La température qui était de 38°,2 et 38°,5 jusqu'au 8 août descend progressivement à 37° ; le 13 août, jour du décès, la température était brusquement remontée à 38°,6.

Poids	à l'entrée	9 k. 500
	après le décès	7 k. 500

Taille de l'enfant : 0 m. 81 centimètres.

Mensurations de la tête :

Circonférence horizontale maxima	480
1/2 circonf. bi-auriculaire	316
Distance de l'articul. occip. atl. à la racine du nez	350
Diamètre antéro-post. maximum	160
Diamètre bi-auriculaire	110
Diamètre bi-pariétal	142

Autopsie (15 août 1890). — L'ouverture de la *boîte crânienne* est rendue très laborieuse par les nombreuses adhérences de la calotte aux méninges. Il s'écoule environ 500 gr. de *liquide céphalo-rachidien*. Le cerveau, flottant au milieu de ce liquide, est réduit presque en bouillie ; il est distendu et offre l'aspect vésiculeux des cerveaux atteints d'hydrocéphalie ventriculaire considérable, l'hydrocéphalie prédominant sur l'hémisphère gauche. La *pie-mère* et *arachnoïde* sont épaisses, mais n'ont rien de bien particulier. La calotte crânienne est fortement symétrique. Le côté droit est plus développé que le côté gauche. La *fontanelle antérieure* persiste et a environ 7 cm de long sur 5 cm de large. Il y a persistance de la *suture métopique*, formant d'abord une rainure d'un millimètre environ à l'angle antérieur de la fontanelle sur un trajet de deux centimètres environ, puis se prolongeant en une suture serrée légèrement en S et sans dentelures. La *suture coronale* est aussi très serrée et presque sans dentelures. La *suture sagittale* est sinueuse plutôt que dentelée dans la moitié de son parcours, puis rectiligne durant 3 centimètres environ ; elle se termine en redevenant sinueuse au lambda, où un *os wormien* d'un

centimètre et demi sur un centimètre, à bords dentelés, comble l'espace de la *fontanelle postérieure*. La *suture lambdoïde* est assez dentelée et contournée. On note trois *os wormiens* à droite, de 5 millimètres environ de diamètre et décroissant à mesure qu'on s'éloigne du lambda. Un seul os existe à gauche. Les bords des sutures sont formés d'un tissu tout particulièrement spongieux. Sur la coupe de la calotte, on est frappé de la minceur de la région postérieure comparée à l'épaisseur de la région antérieure ; tous les os sont formés d'un tissu spongoïde. Les régions médio-frontales et temporales sont les plus épaisses. La première a environ 5 mm. d'épaisseur, les secondes 8 mm. A partir de la région temporale, les os vont progressivement en diminuant d'épaisseur jusqu'à l'occipital, excessivement mince. Cette diminution progressive s'accuse bien plus vite à droite qu'à gauche. Le côté droit, du reste, est plus mince et plus développé que le gauche ; les plaques transparentes, rares d'ailleurs, sont plus nombreuses à droite qu'à gauche. Les saillies de la face interne du crâne sont peu accusées, les sillons des vaisseaux méningés sont peu profonds et plus nets à gauche qu'à droite.

Poids du cerveau...........................	670 gr.
Hémisphère cérébral droit...........................	320
— — gauche...........................	350
Cervelet et isthme...........................	110
Poids total de l'encéphale...........................	780
Moelle épinière...........................	20
Liquide céphalo-rachidien...........................	500

Examen du cerveau. — L'*hémisphère droit* est beaucoup plus altéré que le gauche. Les circonvolutions du *lobe frontal* sont vermiculaires, compliquées par des sillons peu profonds qui rendent sa description impossible. Il est du reste limité par la scissure de Sylvius, déformée par la distension ventriculaire au point que la branche antérieure de cette scissure largement dilatée et écartée a l'air d'une simple dépression et que les circonvolutions de l'insula paraissent faire directement partie des circonvolutions frontales. En arrière du lobe frontal, on ne peut décrire ni scissure, ni circonvolutions, le cerveau est réduit à une *vésicule*, lisse sur toute la région temporale et occipitale, *formée d'une paroi de substance cérébrale d'un millimètre d'épaisseur.* Cette substance fait défaut au niveau de la scissure de Sylvius et une fine toile méningée ferme simplement, à ce niveau, la cavité ventriculaire sur 4 cm. environ.

La *région sphéno-temporale* est plus épaisse et offre vaguement

l'aspect de circonvolutions. Elle est lisse néanmoins à son extrémité antérieure, et présente en ce point un espace de deux centimètres carrés environ, recouvert seulement par une fine membrane. L'examen de la face interne de cet hémisphère nous permet de juger de l'intégrité relative de la région frontale et de la distension complète des deux tiers postérieurs du cerveau. La poche ventriculaire est absolument lisse et a un seul prolongement frontal peu dilaté.

Hémisphère cérébral gauche. — Il offre les mêmes lésions à un degré moins avancé. Le *lobe frontal* est formé de circonvolutions à très nombreux plis de passage qui lui ôtent son aspect ordinaire. Le sillon de Rolando n'existe pas, toutes les circonvolutions sont antéro-postérieures. La scissure de Sylvius n'a pas de branche antérieure. Les circonvolutions de l'insula semblent se continuer directement avec le lobe frontal. Cette scissure de Sylvius va obliquement jusqu'à la scissure inter-hémisphérique et en arrière d'elle le cerveau est très dilaté. Il n'offre de circonvolutions, irrégulières et séparées par des sillons peu profonds, que sur une bande de 3 centimètres bordant la scissure inter-hémisphérique et à la partie antérieure du lobe temporal. — Le *lobe pariétal* est lisse et distendu. — La *face interne* se rapproche de la normale dans sa partie frontale, mais les deux tiers postérieurs, distendus, ne permettent pas d'en décrire la configuration.

La *cavité ventriculaire*, très dilatée, surtout en arrière, est unie et offre un prolongement frontal plus net que sur l'hémisphère droit. — Le *corps calleux* est très mince. — Les *noyaux gris centraux* sont aplatis et déformés. — Les *nerfs olfactifs*, *optiques*, *oculo-moteurs* ont leur configuration normale. — Le *corps pituitaire* paraît sain.

Le *cervelet*, les *pédoncules*, la *protubérance*, le *bulbe* n'ont rien de particulier. — La *moelle épinière*, macroscopiquement, ne paraît pas être le siège d'une dégénérescence quelconque...

Notons l'*ivrognerie* du père et son caractère violent; — les *migraines* de la mère; le *cancer du sein* d'une arrière grand'mère maternelle; — les *convulsions internes* d'un frère; — la *conception* probable durant l'ivresse. Nous ferons ressortir ultérieurement les particularités anatomo-pathologiques de ce cas.

Obs. V. — Hydrocéphalie simple avec accès épileptiformes.

Sommaire. — *Enfant assisté. — Accès épileptiformes dans l'enfance. — Etat actuel somatique et psychique. — Tableau des accès épileptiformes. — Description des accès. — Mort subite.*

Autopsie. — *Adhérences pleurales. — Poumons congestionnés. — Léger athérome de l'aorte. — Dilatation ventriculaire surtout à gauche. — Petite tumeur à la base de la faux du cerveau. — Adhérences pie-mériennes à droite, au niveau de la circonvolution de l'hippocampe.*

Gren... (Antoine), né le 3 avril 1866, entré le 14 janvier 1881, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Antécédents. — Gren... étant enfant assisté ne peut nous fournir aucun renseignement sur ses parents qui l'ont abandonné dès son plus bas âge. Il a été placé par l'Assistance publique à Cussy (Saône-et-Loire). Il fut atteint d'*accès épileptiformes* dès le jeune âge et, à 13 ans, ces crises se renouvelant fréquemment, la famille de sa nourrice ne voulut plus le garder. L'Administration le mit alors dans une autre famille, mais au bout de deux ans, on dut le retirer pour le placer à Bicêtre. Durant toute son enfance on lui aurait fait prendre un sirop (?) destiné à combattre sa maladie.

Etat actuel (30 avril 1882). — *Tête* volumineuse. *Crâne* asymétrique; saillie prononcée de la région occipitale avec dépression au-dessus paraissant correspondre au siège de la fontanelle postérieure. Bosse pariétale gauche, beaucoup plus saillante que la droite. Bosses frontales sensiblement égales; front haut et droit. La région temporale droite est plus aplatie que la gauche. — *Face* asymétrique. — Pas de dépression au-dessus des arcades sourcilières qui ne sont pas saillantes et paraissent symétriques. — *Yeux* n'offrant aucune lésion, ni trouble de la motilité. Iris brun jaunâtre, contractile, à réflexes normaux, pupilles égales, la vue paraît naturelle. — *Nez* droit, peu long, mais assez large, dépression marquée au niveau de la racine. *Odorat* normal. — La région malaire gauche est plus proéminente que la droite. — *Bouche* moyenne, lèvres grosses. — *Menton* peu volumineux, pointu. La dentition est bonne, chaque mâchoire a conservé deux petites molaires de lait. Les gencives sont saines. Leur juxtaposition est régulière. Langue, voûte palatine, luette : rien de particulier. Amygdales de volume moyen. *Goût* normal. — *Oreilles* moyennes bien ourlées, bien implantées, à lobule non adhérent. *Ouïe* normale.

Aucune anomalie n'est révélée par l'auscultation et la percussion dans la disposition et le volume des viscères thoraciques et abdominaux. Battements du cœur assez lents. Aucune déformation de la *cage thoracique*, de la *colonne vertebrale* ni du *bassin*.

Organes génitaux bien constitués. Verge assez développée, pas de phimosis. Testicules normaux.

Membres bien musclés, proportionnés et sans anomalie.

Le *système pileux* est assez développé. Les cheveux châtains clairs sont peu fournis mais bien implantés. La lèvre supérieure est ombragée de poils fins et clairsemés. Les aisselles sont garnies de touffes de poils assez abondantes. Le pénil est couvert de poils longs et nombreux. On constate un duvet assez épais dans la région dorsale et sur les membres inférieurs.

Les *fonctions digestives* et *respiratoires* s'exécutent normalement. L'appétit est bon, les digestions faciles, les selles régulières, sauf durant les accès épileptiformes où le malade a parfois de l'incontinence fécale et urinaire.

La *sensibilité cutanée* réagit normalement aux divers excitants. Les *réflexes patellaires* ne sont ni diminués, ni exagérés. La *marche* est correcte et ne présente rien de particulier.

Au point de vue *intellectuel* et *moral*, cet enfant peut être considéré comme relativement supérieur ; il a des notions générales sur tout ce qui l'environne ; il donne des détails précis sur ce qu'il faisait avant d'entrer à Bicêtre. Il a le sens moral assez développé, affecte de conserver un souvenir reconnaissant pour les gens qui l'ont soigné. Il est bon camarade. Il avoue se livrer à l'*onanisme*, est parfois grossier et a dû être puni pour les propos orduriers qu'il aurait tenu devant les infirmières à diverses reprises.

1882. *Mai.* — A l'école, on a constaté qu'il sait bien écrire, qu'il lit couramment, fait les quatre opérations. Sa mémoire serait assez faible et il retiendrait difficilement l'histoire et la géographie. Il serait doué d'un jugement assez droit. Il s'adonne avec beaucoup de goût aux exercices du corps (escrime, gymnastique, danse). En un mot, son maître le considère comme un élève rempli de bonne volonté, docile, bien que d'une intelligence assez médiocre.

Mensurations de la tête :

Circonférence horizontale maxima	58
Demi-circonférence bi-auriculaire	39
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne	11
Diamètre antéro-postérieur maximum	204
Diamètre bi-pariétal	11
Diamètre bi-auriculaire	128
Hauteur du front	11

MOIS.	1881		1882		1883		1884	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	4	»	5	»	8	»	11	»
Février	21	3	»	»	1	»	»	»
Mars	10	»	3	»	4	»	3	»
Avril	17	»	17	»	2	»		
Mai	9	»	1	»	13	»		
Juin	9	»	17	»	9	»		
Juillet	»	»	8	»	13	1		
Août	18	»	1	»	20	»		
Septembre	2	»	4	»	10	»		
Octobre	10	»	10	1	4	»		
Novembre	3	»	»	»	3	»		
Décembre	15	»	22	»	9	»		
Totaux	119	3	78	1	96	1	14	»

	1881		1882		1883		1884
	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.	Janvier.	Juillet.	Janvier.
Poids	40	50.15	54.20	59.20	61.80	63.30	67.20
Taille	1m44	1m44	1m48	1m51	1m52	1m53	1m55

1884. *6 mars.* — Le malade, qui n'avait pas eu d'accès en février, a eu 3 accès dans la nuit du 5 au 6 mars, de 2 heures à 5 heures du matin. Il s'est levé à 6 heures comme d'habitude, s'est habillé, a fait son lit sans se plaindre. Il est descendu au chauffoir et *est allé s'étendre sur le lit de camp comme c'était son habitude à la suite des accès. Il est resté couché sur le ventre, sans mouvements et,* à 10 heures, quand on a voulu le faire lever, *on a constaté sa mort. Le visage était livide, la bouche remplie d'écume. Il avait vomi un liquide bilieux et avait eu de l'incontinence fécale.* (*Mort par asphyxie dans l'accès*).

Autopsie. — *Tête.* Le *cuir chevelu* est gorgé de sang qui s'écoule abondamment durant la section ; il est du reste très épais et sa face interne est d'un rouge vermillon uniforme. Les *os* du *crâne* sont très épais et très durs. Les vaisseaux pie-mériens et les *sinus de la dure-*

mère sont gorgés de sang. Les vaisseaux et les nerfs de la base ont leur aspect normal.

Encéphale	1,750	gr.
Hémisphère cérébral droit................	795	
Hémisphère cérébral gauche..............	765	
Cervelet et isthme.......................	190	
Liquide céphalo-rachidien.................	100	

Encéphale (1750 gr.). *Liquide céphalo-rachidien* (100 gr.). Sur le trajet de faux du cerveau, on constate des indurations, et à son extrémité postérieure, on trouve une *tumeur* ayant environ 15 millimètres de diamètre. Cette *tumeur*, mamelonnée, irrégulière, jaunâtre, est placée un peu plus à gauche qu'à droite ; elle repose sur la face postérieure de la protubérance et des pédoncules cérébraux et est en rapport avec le lobe médian du cervelet. Au dépens de ces organes, la *tumeur* s'est creusée une sorte de dépression qui empiète beaucoup plus sur l'hémisphère cérébelleux gauche que sur le droit. De consistance élastique, ce néoplasme a une apparence fibreuse et présente par places des points indurés.

Hémisphère gauche (765 gr.). Les sillons et les scissures de cet hémisphère sont nettement accusés. Les circonvolutions du lobe frontal, très contournées et bien développées, présentent de nombreux plis de passage. Il faut noter des adhérences pie-mériennes nombreuses aux deux tiers antérieurs du lobe temporal. La face interne présente une altération notable du lobe quadrilatère qui correspondait du reste au sommet de la tumeur qui le déprimait. Cette altération est vraisemblablement due à un foyer assez intense de *méningo-encéphalite* qui a déterminé des adhérences assez fortes pour amener l'arrachement de la substance grise de toute la région ; lors de la décortication, aucune lésion apparente de la circonvolution de l'hippocampe. -- Le *ventricule latéral gauche* est très notablement dilaté ; il a environ 2 centimètres à 2 centimètres 5 de hauteur moyenne. La corne frontale a environ 3 centimètres de profondeur, la corne occipitale, la plus dilatée, a environ 5 centimètres, tandis que la corne temporale n'est que moyennement distendue. La paroi du ventricule est recouverte de nombreuses arborisations. — Les *corps striés* et les *couches optiques* n'offrent rien d'anormal.

Hémisphère droit (795 gr.). — Les circonvolutions, les scissures et les sillons de cet hémisphère ne donnent lieu à aucune remarque ; pas d'anomalie ou de lésion profonde tant à la face interne qu'à la face externe ; cependant nous devons signaler de légères adhérences pie-

mériennes à la partie toute antérieure du lobe temporal, au niveau de la circonvolution de l'hippocampe sur presque toute sa surface, enfin au niveau du girus rectus. Le *ventricule* est encore, de ce côté, *notablement dilaté,* mais comme pour le ventricule gauche, la dilatation porte principalement sur la corne occipitale.

L'épaisseur du *corps calleux* varie de 8 millimètres, en avant, à 3 ou 4 millimètres et à 5 ou 6 millimètres en arrière, au niveau de son genou.

Cervelet et *isthme* (190 gr.). Rien d'irrégulier en dehors des dépressions causées par la tumeur.

Gren... est un enfant assisté, on ne peut donc faire aucune remarque sur son hérédité. Néanmoins, le fait de son abandon, permet de porter un jugement peu favorable sur le développement de la moralité de ses ascendants. Cet enfant a présenté de nombreuses crises épileptiformes, qui ont déterminé son placement. Les accès nombreux étaient accompagnés de vertiges rares et le séjour à l'asile avait diminué notablement le nombre des crises. (Voir le tabteau.) Sa mort paraît avoir été déterminée par asphyxie durant un accès.

L'état mental du malade était relativement supérieur. Bien que d'une intelligence médiocre, il avait acquis une instruction suffisante et les sentiments moraux étaient chez lui suffisamment développés. Du reste l'autopsie a démontré que l'hydrocéphalie chez Gren... n'était pas très considérable, et qu'il portait à l'extrémité de la faux du cerveau une petite tumeur fibreuse paraissant d'origine méningée.

Obs. VI. — Idiotie hydrocéphalique.

Sommaire. — *Père, excès de boisson. — Grand-père paternel alcoolique, libertin. — Aïeule paternelle, grand'mère paternelle, aïeul paternel, alcooliques. — Grand oncle paternel, excès de boisson. — Oncle paternel, convulsions de l'enfance.*

Mère, convulsions de l'enfance, migraines, gastralgie, très nerveuse.— Grand-père maternel alcoolique. — Grand'mère maternelle, migraines, gastralgie. Grand-oncle maternel, mort de convulsions. — Cousin maternel, convulsions et hémiplégie. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 5 ans.

Accident au 1er mois de la grossesse. — Perte de sang au 7e mois. — Circulaire autour du cou. — Muguet à un mois. Hernie ombilicale à 5 mois. Premières convulsions à 5 mois. Début de l'augmentation de la tête à 5 mois 1/2. — Etat actuel. — Rougeole. — Mort.

Autopsie. — *Description du crâne. — Sutures distendues. — Fontanelles. — Os wormiens. — Analyse du liquide hydrocéphalique. — Description du cerveau. — Congestion pulmonaire. — Adénopathie péribronchique.*

Lob... (Adolphe-Louis), né le 15 septembre 1886, est admis le 28 mars 1887, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère* le 29 avril 1887). — *Père*, 26 ans, journalier, de petite taille, réformé comme faible de constitution, n'a jamais eu de maladie grave, il ne paraît pas avoir eu la syphilis ; il a le visage couvert d'acné. Jusqu'à l'époque de son mariage (24 ans), il a fait de *nombreux excès de boissons* (vins et liqueurs), excès qui étaient suivis d'*accidents nerveux* violents (roulements à terre, cris, grincements de dents, accès de violence). Depuis le mariage, il a rompu avec ses habitudes alcooliques, il est bon ouvrier et économe. Il cohabitait avec la mère un an avant le mariage.

[*Famille du père.— Père*, 51 ans, tailleur de pierre, *alcoolique* au dernier degré, menait une vie des plus irrégulières, battait sa femme, ne lui venait jamais en aide. Ayant eu une succession de 6 à 7,000 francs, il abandonna sa famille et partit avec la belle-sœur de sa femme. On n'a pas eu depuis de nouvelles de lui. Son état de santé était satisfaisant ; ni syphilis, ni rhumatismes, ni dermatoses.— *Grand-père paternel*, tailleur de pierre, sobre, mort assez âgé.— *Grand'mère paternelle*, alcoolique, avait la réputation d'une ivrognesse dans son quartier. — *Mère*, 55 ans, blanchisseuse, buvait parfois plus que de coutume et était souvent « un peu partie ». Elle aurait été atteinte d'eczéma à la tête, il y a environ deux ans. — *Grand-père paternel*, marchand de vins, mort à 65 ans, *alcoolique*, avait des varices. — *Oncle maternel*, marchand de vins, fait des *excès de boissons*. — Neuf *frères* ou *sœurs*, 3 vivants : 1° Un *frère*, 23 ans, sobre, bien portant, a eu des *convulsions* de l'enfance;— 2° Un *autre frère*, 21 ans, garçon boucher, sobre et bien portant;— 3° *Autre frère*, 17 ans, apprenti menuisier, sobre et travailleur. Parmi ceux qui n'ont pas vécu, quatre répondent à des fausses couches et deux sont morts en nourrice, on ne sait de quoi. Aucun autre renseignement sur le reste de la famille.]

Mère, 21 ans, blanchisseuse, grande, blonde, à physionomie régulière, intelligente. Dans son enfance, elle a eu à plusieurs reprises des *convulsions*, particulièrement sur la face et les yeux, survenant par crises et durant de 4 à 5 jours. *Migraines* datant de l'apparition des règles, c'est-à-dire à l'âge de 17 ans, qui ne sont pas influencées maintenant par la menstruation. Ces migraines, qui surviennent tous

les 15 jours et qui sont caractérisées par une céphalalgie frontale intense et des vomissements, se sont atténuées depuis son mariage et surtout pendant la grossesse. Depuis l'âge de 12 ans, troubles gastralgiques atténués aussi au moment des règles. Elle est très nerveuse, s'emporte pour un rien, mais ne présente aucun autre antécédent ou symptôme somatique d'ordre nerveux méritant d'être noté.

[*Famille de la mère.* — *Père*, 59 ans, corroyeur, *alcoolique*, buvait surtout du vin, mais a fait des excès jusqu'à l'âge de 50 ans environ. Il était calme dans son ivresse. — *Mère*, 57 ans, est bien portante, sauf quelques douleurs gastralgiques et des *migraines* assez violentes survenues après son mariage. Ces migraines, caractérisées par une céphalalgie frontale intense, des phosphènes rouges et verts, des nausées et des vomissements qui la soulageaient, ont diminué sans disparaître lors de la ménopause (44 ans). — *Grand-père paternel*, cultivateur, sobre, mort en pleine vigueur des suites d'une piqûre. — *Grand'mère paternelle*, morte à 79 ans, durant le siège dont elle n'a pu supporter les privations. — *Grand-père maternel*, mort à 79 ans (?). — *Grand'mère maternelle*, pas de renseignement. — *Grand-oncle paternel*, mort à 82 ans. — *Grand'tante paternelle*, morte à 84 ans. — Un *oncle maternel* est mort à un an de *convulsions*. — Un *cousin* a été, à la suite de *convulsions*, atteint d'*hémiplégie gauche*. — Aucun autre renseignement sur la famille de la mère.

Pas de consanguinité. — *Inégalité d'âge* : 5 ans.

Un *seul enfant : notre malade.* — La *conception* eut lieu avant le mariage, mais non pendant l'ivresse. Il est à noter l'apparition des règles durant l'acte sexuel considéré comme point de départ de sa conception. — Au cinquième mois de la *grossesse*, la mère régularisa la situation en se mariant. Au sixième mois, en portant un seau, elle aurait ressenti une vive douleur de reins, elle aurait eu « comme un abaissement de la matrice », puis six semaines plus tard, elle perdit environ durant deux heures une assez grande quantité de sang. Cette perte fut précédée de deux légères lipothymies, elle cessa spontanément et fut le seul accident sérieux de la grossesse. L'*accouchement* fut normal et eut lieu à terme ; on n'employa ni ergot, ni anesthésique. Le travail ne fut pas long et la tête passa sans difficulté ; elle n'était, du reste, pas plus volumineuse que celle d'un nouveau-né normal. — Pas d'asphyxie *à la naissance*, l'enfant cria de suite, mais il avait un circulaire du cordon autour du cou ; il paraissait bien portant. Nourri au biberon avec du lait de vache, il eut à un mois le *muguet*, en guérit rapidement et, sans être un enfant fort, il se développa normale-

ment jusqu'à cinq mois, époque à laquelle il essayait de se tenir sur ses jambes et de marcher. A cinq mois (février), l'on constata une petite *hernie ombilicale*: le jour même de cette constatation, l'enfant se plaignit et parut *congestionné* : le lendemain, vers une heure du soir, il fut pris de *convulsions*. Son visage était pâle, les yeux animés de mouvements convulsifs, la mâchoire sans cesse en mouvements, mâchonnait continuellement ; les membres étaient agités de secousses cloniques, également des deux côtés, parfois le tronc s'incurvait en arrière au point que « la tête touchait presque les pieds. » Ces convulsions durèrent une heure ou une heure et demie ; elles se répétèrent durant six jours, en augmentant de durée et de violence. A partir de cette époque, l'enfant ne gazouillait plus, ni ne riait plus ; il ne pouvait se tenir sur ses jambes, son regard errait et ses parents dès lors le considérèrent comme un aveugle. A ce moment, *les fontanelles rapprochées n'étaient pas complètement fermées*. Quinze jours environ après (fin février), la grand'mère de l'enfant, s'étant absentée trois jours, remarqua à son retour, avec surprise, l'*augmentation de la tête* de Lob... *Les fontanelles s'élargirent*, la face ne se modifia pas, mais le crâne, en 15 ou 20 jours, acquit le volume qu'il présente actuellement. Peu à peu l'enfant ne put plus maintenir sa tête droite. A la suite de l'état de mal convulsif, l'enfant avait les deux *membres inférieurs et le membre supérieur droit contracturés;* lorsque sa tête eut pris ce volume anormal, le membre supérieur gauche, libre jusqu'alors, fut aussi atteint de *contracture*. Enfin notons que l'enfant, depuis les convulsions, vomit souvent et a le sommeil moins calme. Il continue cependant à se nourrir ; il a de la tendance à la constipation.

Etat actuel. (A l'entrée de l'enfant dans le service.) — L'enfant est très amaigri et est dans un état voisin de la cachexie. La tête énorme ne peut être maintenue et tombe sans cesse en arrière. Le cuir chevelu couvert de cheveux châtains, clairs semés, régulièrement implantés, présente par place les sillons bleuâtres des veines dilatées. La face est amaigrie et peu en rapport avec le volume du crâne. Les *fontanelles* persistent : l'antérieure a 9 centimètres de dimension antéro-postérieure sur 10 centimètres de diagonale transversale. Pas de strabisme, les yeux ne paraissent point percevoir la lumière, les pupilles, moyennement dilatées, sont égales.

Thorax peu développé, sans déformation. — *Abdomen* : il n'offre à signaler qu'une *hernie* ombilicale de la grosseur d'une noisette.

Membres supérieurs non déformés, en état de *demi-contracture*. — *Membres inférieurs*, légèrement incurvés en dedans, *contracturés*

comme les membres supérieurs. — *Organes génitaux*, rien de particulier. — Température rectale variant de 36°,2 à 36°,8.

1er janvier. — L'enfant est pris de *rougeole* le 1er juin, qui se complique de broncho-pneumonie, et il meurt le 6 juin 1887, la *température* était montée progressivement de 37° à 42° au moment de la mort. — Après la mort, T. R. 42°,3 ; — 1 heure après, T. R. 40°.

Poids : 5 k. 120 gr. — *Taille :* 0,64 centimètres.

Mensurations de la tête.

	1887		
	24 mars.	28 avril.	1er juin.
Circonférence horizontale maxima.......	460	500	510
Distance d'un antitragus à l'autre........	325	340	345
Distance de la racine du nez à la protubérance occipitale externe..............	505	350	370
Diamètre antéro-postérieur maximum....	»	155	168
— bi-pariétal....................	»	142	145
— bi-auriculaire................	»	110	110

Autopsie. — *Crâne*, symétrique. Les parois crâniennes sont excessivement minces ; la calotte, transparente partout, est formée de lamelles osseuses unies entre elles par des membranes qui comblent les espaces situés au siège des sutures. Ces espaces ont une largeur qui varie de 2 ou 3 millimètres à 15 millimètres. La *fontanelle antérieure* persiste, offrant 7 centimètres d'avant en arrière et 14 centimètres environ de diagonale latérale ; il n'y a pas de suture métopique. — La *fontanelle postérieure* est représentée par l'élargissement de la suture sagittale sur un trajet de 4 centimètres ; à ce niveau, la suture sagittale offre 15 millimètres de largeur. La suture lambdoïde présente à droite deux larges espaces membraneux au milieu desquels se sont développés deux *os wormiens* qui comblent à peu près l'espace. Toutes les sutures ont pour caractère commun leur laxité extrême, la présence d'une membrane qui les comble et l'aspect particulier des bords osseux qui empiètent sur la suture en formant de longues et fines aiguilles très rapprochées sur la coronale et la sagittale, plus distinctes sur la lambdoïde.

La face interne de la calotte crânienne est lisse et ne présente que de très légers sillons pour les vaisseaux méningés.

Encéphale	655 gr.
Hémisphère cérébral droit	290
Hémisphère cérébral gauche	285
Cerveau	275
Hémisphère cérébelleux droit	39
Hémisphère cérébelleux gauche	34
Bulbe et protubérance	7
Cervelet et isthme	80
Liquide céphalo-rachidien	1,000

Analyse du liquide hydrocéphalique, retiré 9 heures après le décès, par M. P. Yvon. — *Couleur :* jaune paille. — *Aspect :* Transparent après le repos. — *Réaction :* neutre. — *Odeur :* analogue à celle du sang. — *Consistance :* légèrement visqueuse. — *Densité :* 1,006 gr.

Matières organiques : 1 gr. 65.

Sels : 10 gr.

Total des substances fixes : 11 gr. 65.

Acide phosphorique : 0 gr. 22.

Chlorure de sodium : 0 gr. 80.

Albumine : 0 gr. 26.

Hématies assez fréquentes. — Leucocytes très rares.

Hémisphère cérébral droit. — L'aspect général de la face externe de l'hémisphère s'éloigne peu de la normale. La scissure de Sylvius, le sillon de Rolando, les principales circonvolutions et sillons ont leur configuration normale. Mais les scissures et les sillons sont très superficielles et les circonvolutions, très aplaties, semblent être des *anneaux de tœnia.* La partie supérieure du *lobe frontal*, en avant du sillon de Rolando, a subi tout particulièrement cet aplatissement ; elle est fort mince et, sur une étendue de 3 à 4 centimètres carrés, elle est unie et ne présente que de légers sillons. La face interne circonscrit une énorme *poche* à prolongement frontal, temporal et occipital. — Le *corps calleux*, sa circonvolution et celles de la face interne sont réduits à une simple lamelle unie de substance cérébrale. — Les *ganglions centraux*, fortement déprimés, sont lisses et n'ont plus leur aspect habituel ; ils apparaissent comme une masse déprimée et la tête du noyau caudé peut seule être discernée dans la masse. Une membrane lisse, incolore, assez épaisse, tapisse cette vaste poche.

Hémisphère cérébral gauche. — La même description s'applique, en général, à cet hémisphère. Notons cependant un aplatissement plus considérable de la substance cérébrale sur une bande allant vertica-

lement de la branche antérieure de la scissure de Sylvius à la scissure inter-hémisphérique. Cette bande limitée en arrière par la frontale ascendante, fort aplatie, a environ 3 centimètres de largeur. La corne du lobe temporal est aussi fortement aplatie et lisse. La poche ventriculaire et la face interne sont semblables des deux côtés. Les *masses grises centrales* sont toutefois plus aplaties et on ne pourrait reconnaître de ce côté la tête du noyau caudé.

La *base de l'encéphale*, le *cervelet* et l'*isthme* n'ont pas subi une très grande modification...

L'*alcoolisme* du côté du père (les *migraines* et les *convulsions* de la mère, les *convulsions* de deux oncles maternels, dont un était hémiplégique, méritent d'attirer l'attention. — Au sixième mois de la *grossesse*, des hémorrhagies, suivies de syncopes, se manifestent et, bien qu'il n'y ait eu aucun accident, ni aucune anomalie constatés à la naissance, nous ne pouvons nous empêcher de croire que ces pertes, jointes à une prédisposition héréditaire, soient restées sans influence sur le développement de l'enfant. La tête de Lob... ne commença à grossir que vers le cinquième mois, après une crise convulsive interne. Il est à remarquer que ce fut à cette époque que l'on s'aperçut d'une petite hernie ombilicale et que l'on constata l'*écartement des os du crâne* au niveau des *sutures* et des *fontanelles*. Notons que ce fut aussi à cette époque que la *paraplégie* et l'*hémiparésie* droite furent constatées. La *température* rectale habituelle de Lob..., comme celle de la plupart des hydrocéphales, était inférieure à la moyenne.

Son autopsie offre quelques particularités intéressantes : la persistance des fontanelles, la présence d'os wormiens à la suture lambdoïde. La quantité considérable de liquide hydrocéphalique (1000 gr.) dont nous avons donné une analyse de M. Yvon. Le cerveau était très altéré, surtout à gauche, par la compression du liquide tandis que le cervelet, le bulbe, la protubérance, la moelle n'offraient pas de traces d'altération.

Obs. VII. — Idiotie hydrocéphalique et épilepsie symptomatique.

Sommaire. — *Père, rien de particulier. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, goître passager. — Deux grands oncles paternels, morts de bronchite chronique (?). — Grand'tante paternelle, morte de congestion cérébrale. — Oncle paternel, mort de rhumatisme. — Autre oncle paternel, bègue, suicidé. — Un oncle paternel, excès vénériens. — Mère, migraineuse, morte phtisique. — Grand-père maternel, bègue. —*

Arrière grand-père maternel, mort paralysé. — Aïeule démente sénile. — Tante maternelle, morte phtisique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 8 ans. — Sœur paralysée des quatre membres à la suite de convulsions, morte phtisique.

Premières convulsions à un an. — Secondes convulsions à quinze mois (Etat de mal durant 8 jours). — Cécité passagère, disparition des rudiments de la parole, contracture du bras gauche (?). — Développement anormal de la tête de 17 mois à 14 ans. — Marche et parle à 6 ans. — Retour de la vision à 18 mois. — Gâtisme persistant. — Aptitude musicale (?). — Affaiblissement paralytique du côté droit. — Ascarides. — Cauchemars. — Epilepsie à 14 ans. — Pneumonie. — Mort.

AUTOPSIE. — *Examen de la calotte crânienne. — Description des hémisphères cérébraux. — Dilatation des ventricules latéraux, du 4e ventricule et de l'aqueduc de Sylvius.*

Revill... (Louis-Emile-Léon), né à Paris, le 29 avril 1872, est entré le 6 mars 1889, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents (*Renseignements fournis par le père*, 3 avril 1889). — *Père*, 50 ans, employé de commerce dans une fabrique de chocolat qu'il n'a pas quittée depuis 35 ans, actuellement assez grand et fort, a été cependant réformé comme faible de constitution. Aucun accident morbide de l'enfance, pas d'antécédents nerveux, arthritiques, ni vénériens, sujet tous les hivers à de légères bronchites, n'a jamais eu de maladie infectieuse. C'est un homme sobre, fumant très peu, d'un caractère calme. [*Famille du père*. — *Père*, mort à la suite de complications d'une blessure à la jambe, faisait d'assez fréquents *excès de boisson* (vin blanc). — *Mère*, morte à 74 ans d'une bronchite catarrhale, était sobre. A 35 ans, elle a eu un léger *goître* qui n'a pas tardé à rétrocéder. Aucun accident neuro-arthritique. Nul renseignement précis sur les *grands-parents paternels* et *maternels* ; ces derniers pourtant seraient morts assez âgés. — Deux *oncles paternels* sont morts tuberculeux. — Une *tante maternelle* est morte à 78 ans de *congestion cérébrale*. — Deux *tantes maternelles* : une, âgée de 80 ans, est saine de corps et d'esprit, mais aveugle depuis plusieurs années ; l'autre est morte plus que quadragénaire, on ne sait de quoi. — Onze *frères* : 8 sont morts ; les deux aînés d'épuisement (?) à la suite d'excès vénériens ; ils ne faisaient jamais d'excès alcooliques. — Le troisième aurait succombé aux suites d'un rhumatisme contracté en Crimée.— Un quatrième, devenu bègue à 6 ou 7 ans, après une frayeur, s'est suicidé plus tard. L'on attribue à un amour déçu la cause de sa détermination. — Le cinquième est mort tuberculeux. — Pas de renseigne-

ments sur la mort des trois autres. Les derniers ne présentent aucun antécédent pathologique ou psychique intéressant. — Six *sœurs* dont deux mortes on ne sait de quoi et deux *jumelles*. Toutes les sœurs vivantes sont en bonne santé. — Aucun autre antécédent morbide et psychique dans le reste de la famille du père].

Mère, lingère, morte tuberculeuse à 45 ans, aurait eu à 5 ans une fièvre typhoïde assez grave. De taille moyenne, sobre et de bon caractère, elle était sujette à des migraines survenant à l'époque des règles. Jamais elle n'aurait eu d'autres accidents morbides. [*Famille de la mère*. — *Père*, 68 ans, cocher, sobre, un peu *bègue*. — *Mère*, 70 ans, lingère, sobre, non nerveuse, n'aurait jamais été sérieusement malade. — *Grands parents paternels et maternels*, morts âgés, n'auraient jamais présenté de troubles psychiques, sauf la *grand'mère maternelle* morte à 84 ans et atteinte de *démence sénile*. — Un *oncle maternel* et une *sœur* sont morts de tuberculose pulmonaire. — Aucun autre antécédent morbide ou psychique dans la famille de la mère].

Pas de consanguinité: père savoyard, mère normande. — *Inégalité d'âge* : 8 ans.

4 *enfants* : 1° *fille*, morte à 6 jours, sans avoir eu de convulsions ; — 2° *fille*, 18 ans, a eu des *convulsions*, à 2 ans ; elle est depuis *paralysée* de tous les membres, mais surtout à gauche ; elle a deux *pieds bots* ; elle serait néanmoins très intelligente, assure-t-on, et malgré sa paralysie, elle essaye de coudre et de faire de la tapisserie. Elle parle assez bien, sans pouvoir toutefois prononcer certains mots (1) ; — 3° *Notre malade* ; — 4° *fille* de 11 ans, intelligente, n'a jamais eu de convulsions.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception* qui a eu lieu un mois après la naissance de la sœur infirme. — *Grossesse* normale... — L'*accouchement* eut lieu à terme naturel et sans anesthésie. — *A la naissance*, pas d'asphyxie, pas de circulaire du cordon ; la tête a passé facilement, quoiqu'un peu volumineuse ; le médecin aurait prétendu que la grosseur de la tête était un signe d'intelligence future (?). — Envoyé en nourrice, Revill... fut élevé au biberon avec du lait de vache ; il fut repris à 15 mois. Les *premières convulsions* eurent lieu à un an et furent insignifiantes. A 15 mois, il aurait eu de nouvelles *convulsions* alors très violentes qui auraient duré 8 jours ; pendant cette période, il serait resté sans connaissance et ne serait pas allé à

(1) Des renseignements postérieurs nous ont appris que cette sœur est morte phtisique.

la garde-robe. — Le début de la *marche* n'eut lieu qu'à 6 ans. — La première dent apparut à 4 ans et demi ; il n'eut ses vingt dents qu'à 6 ans et leur apparition ne provoqua pas de convulsions. Avant les dernières convulsions l'enfant disait « papa » et « maman », à leur suite, il resta jusqu'à 6 ans dans un mutisme absolu. A cette époque, il se remit à parler, parvint assez vite à apprendre à dire tous les mots. Il chantait même fréquemment, retenait facilement les airs et se réjouissait en entendant la musique. Depuis l'âge de 13 ans, il éprouverait de la difficulté à parler et ne chanterait plus. Lorsque, à 15 mois, après sa seconde attaque convulsive, Revill... fut repris par ses parents, il était dans un état d'émaciation extrême, la main et le bras gauches étaient *contracturés* et on prétendait qu'il ne voyait plus. La contracture disparut et la vue se rétablit au bout de 6 mois, l'enfant redevint progressivement gros et gras. Sa tête, bien que volumineuse, n'avait pas attiré l'attention des parents ni même de leur médecin. On attribuait la disproportion de la tête et du tronc à l'amaigrissement de l'enfant. Les *convulsions* n'eurent aucune influence sur le développement de la tête. Ce ne fut qu'à 17 mois que le crâne prit des dimensions extraordinaires et il continua à s'accroître jusqu'à l'âge de 14 ans. Revil... n'eut jamais d'autres convulsions, ne fut sujet ni aux secousses, ni aux vertiges. Il dormait environ 11 heures par nuit d'un sommeil paisible qui ne fut troublé par des *cauchemars* qu'à l'âge de 14 ans. Ces cauchemars, pendant lesquels l'enfant poussait des cris étouffés et avait le visage effrayé, furent fréquents de 14 à 15 ans, puis devinrent assez rares de 16 à 17 ans ; son père le faisait alors boire, il se calmait, poussait un soupir de satisfaction et se rendormait. Si, interrogeant Révil..., on lui demande où il a mal, il porte la main au front et à l'occiput. Dans la *marche*, il traîne toujours un peu la jambe gauche. Ses parents ont toujours remarqué une *disproportion entre ses membres supérieurs et inférieurs*, ces derniers paraissant moins développés que normalement. Révil... est complètement gâteux, il mange seul en se servant de la cuiller et de la fourchette, il ne sait s'habiller, ni se laver ; on ne l'a jamais envoyé à l'école ; on a vainement tenté de lui apprendre à lire, il sait compter jusqu'à 40. Il se sert plus particulièrement de la main gauche. Jamais sujet aux accès de colère, il paraît affectueux pour ceux qui l'approchent, aime les animaux et pleure si on le gronde. Ni pyromanie, ni kleptomanie, ni onanisme.

Il a eu la rougeole à 8 ans, a été vacciné avec succès, n'a jamais été atteint de maladie infectieuse, ni aiguë. — Aucun antécédent scrofu-

leux. On a trouvé fréquemment de longs *ascarides* dans ses selles; c'est à eux que furent attribuées ses crises convulsives.

Etat actuel (11 mars 1889). — *Tête* volumineuse. Etat d'adiposité satisfaisant; front élevé, légère plagiocéphalie: la bosse frontale gauche est sensiblement plus développée que la droite. — Cheveux châtains assez abondants. Arcades sourcilières peu saillantes. — *Face* ovale, symétrique, moins développée que le crâne. — *Yeux* à globes peu proéminents, paupières normales, cils abondants, mouvements normaux. Iris jaune peu foncé, pupilles égales et à réaction normale. L'acuité paraît suffisante (?). — *Nez* un peu aplati à sa racine, narines un peu épaisses, ouvertes normalement. — *Bouche* 53 millimètres; la lèvre supérieure est un peu mince. — *Menton* carré. Le visage est couvert d'*acné punctata*. — *Oreilles* accolées au crâne, petites, mal ourlées, à lobule adhérent. — *Palais* ogival. Hypertrophie considérable des amygdales qui se rejoignent sur la ligne médiane.

Cou court, circonférence : 34 centimètres. Quelques ganglions cervicaux engorgés. — *Thorax* un peu dévié, légère *scoliose* dorsale à concavité droite. Rien d'anormal, à l'auscultation des poumons, ni du cœur. Respiration : 18 par minute. Pouls : 80.

Abdomen assez volumineux; pas d'anomalies viscérales perceptibles.

Membres supérieurs assez bien conformés et sensiblement égaux. Toutefois le membre droit est le siège d'une certaine contracture, rendant l'extension complète difficile et douloureuse à l'articulation du coude. La main droite est du reste légèrement déviée du côté cubital. — Les *membres inférieurs* sont aussi sensiblement égaux, mais toutes les articulations sont le siège d'une certaine *raideur*. Le malade, étant couché, paraît avoir un léger raccourcissement du membre droit, raccourcissement simplement apparent et dû à une exagération de la *contracture* de ce côté. — La *station verticale* est difficile, le malade se tient incliné à gauche, les genoux juxtaposés, les jambes écartées, la hanche droite saillante. — Il *marche* difficilement, par petits pas, les cuisses en demi-flexion et au bout de peu de temps il demande à s'asseoir. Les *réflexes patellaires* sont normaux. La *sensibilité générale* est normale. La *vue*, l'*ouïe*, l'*odorat*, le *goût*, semblent suffisamment développés.

Puberté. — Quelques poils fins et noirs à la lèvre supérieure et à la lèvre inférieure. Rien au menton, ni aux joues. Poils rares aux aisselles, abondants au pénil, mais ne s'étendant pas dans les aînes, disséminés sur les bourses, le périnée et la région anale. Verge, longueur: 9

centimètres ; circonférence : 8 centimètres. Testicules égaux de la grosseur d'un œuf de pigeon ; bourses rétractées.

	A l'entrée	1er Juillet 1889	1er Janvier 1890
Poids....................	39 k. 900	35 k. 500	30 k. 000
Taille....................	1 m. 29	1 m. 30	1 m. 30

Mensurations de la tête.

	Mars 1889.	Octobre 1889.
Circonférence horiz. maxima................	61,5	61,5
1/2 circonf. bi-auriculaire....................	41,5	42
Distance de l'articulation-occipito-atloïd. à la racine du nez...........................	42	3
Diamètre antéro-post. maximum.............	20,8	20,8
— bi-auriculaire.....................	12,5	12,5
— bi-pariétal..........................	17	17

Etat mental. — Aucun trouble important et évident des *organes des sens*, sauf les troubles de la motilité et ceux de la défécation, gâtisme complet. — L'*attention* volontaire est nulle, on l'excite difficilement et on n'a jamais pu apprendre quelque chose à l'enfant. — Les *instincts* sont médiocrement développés ; Revill... n'est pas vorace, ni gourmand, il dort bien en temps ordinaire. — Son besoin d'activité musculaire se traduit par les *tics coordonnés suivants* : il se mord le pouce de la main droite et a déterminé ainsi un durillon et se frappe cette main avec la main gauche. Il *balance* aussi la tête d'avant en arrière. — Pas d'onanisme, ni de manifestation des instincts sexuels. Aucune tendance destructive.

Les *sentiments* sont chez lui encore moins développés que les instincts. Il manifeste le plaisir et la douleur par les pleurs et les rires. Mais, malgré l'opinion de sa famille, les sentiments affectifs que nous avons pu observer sont presque nuls. Les *sentiments sociaux* et *moraux* sont chez Revill... très émoussés. — Les *sentiments esthétiques* se bornent à une certaine attention spontanée, prêtée à la musique ; les parents avaient remarqué et exagéré cette particularité. — Le *langage* de l'enfant est presque normal, mais il est incapable de for-

muler une réponse aux questions qu'on lui pose. L'*intelligence*, la *volonté*, la *personnalité* n'existent pas chez lui.

1889, 16 *mars*. — Revill... a eu, durant la nuit dernière, une sorte de *crise épileptiforme*. Après quelques mouvements convulsifs, il a poussé de petits cris rauques, son visage était pâle, ses traits contractés, son regard hagard ; il avait la main au niveau de sa gorge et semblait vouloir se débarrasser de quelque chose qui le gênait. Il serait resté environ 5 minutes dans cet état. Plus tard, l'enfant a eu, un jour, de véritables *accès épileptiques* et sa grand'mère nous a déclaré que depuis l'âge de 14 ans il était sujet à ces *accès* que ne nous avait pas signalés son père. Voici du reste le nombre des accès durant l'année 1889 et les variations de la température durant un accès.

T. R. normale de l'enfant, 37° ; T. R. au moment du ronflement, 37°,4 ; — T. R. 1/4 d'heure après l'accès, 37°,2 ; — T. R. 2 heures après l'accès, 37°. — Nombre des accès en 1889 : 20. — *Traitement*. Hydrothérapie, Gymnastique et petite Ecole.

La dernière note de la *petite Ecole* (décembre 1889) constate que l'enfant a appris à nouer, à lacer, à boutonner, qu'il n'a fait aucun progrès pour le gâtisme et le langage, qu'il est moins méchant, mais non plus docile.

1890. *Janvier*. — Révill... contracte une pneumonie aiguë qui détermine son décès le 12 janvier 1890. — *Poids* après le décès : 30 kilog.

Autopsie (13 janvier 1890). — Le *crâne* est mince, les *fontanelles* sont comblées et les *sutures* ne sont pas élargies ; des plaques translucides existent sur le frontal et les pariétaux, elles sont plus nombreuses à *gauche* qu'à droite. La calotte crânienne est fort développée en arrière et une dépression sépare les deux bosses pariétales donnant à cette région une sorte d'aspect natiforme. Les sutures coronale, intra pariétale, lambdoïde sont très contournées, il n'existe pas de trace de la suture métopique.

La *pie-mère* est très mince. — L'*encéphale* apparaît après son ablation, distendu par le liquide et offrant l'aspect d'un disque.

Encéphale	2,270 gr.
Hémisphère droit du cerveau	530
— gauche —	575
Cervelet	110
Protubérance et bulbe	25
Moelle épinière	35

Les deux hémisphères, accolés, adhèrent à leur partie anté-

rieure. Le *corps calleux*, l'*espace interpédonculaire* sont réduits à une mince lame translucide. — Les *nerfs de la base* sont égaux et symétriques. L'aqueduc de Sylvius, très dilaté, mesure de 5 à 9 millimètres de diamètre.— Le quatrième *ventricule* a subi une *dilatation* notable, surtout aux dépens de sa portion cérébelleuse ; il offre environ 4 à 5 centimètres de longueur sur 3 à 4 centimètres de largeur. Les *tubercules mamillaires* sont atrophiés. — La *cloison transparente* est réduite à une sorte de lacis vasculaire. — Les parois des *ventricules latéraux* sont très dilatées, surtout au niveau de leurs cornes. La dilatation porte principalement sur la corne temporale.

L'*alcoolisme* du grand-père paternel, le *bégaiement* constaté chez le grand-père maternel et chez un oncle paternel, qui s'est suicidé, des accidents cérébraux et la tuberculose tant du côté du père que de celui de la mère suffisent à fournir à Révill... un bilan héréditaire suffisant pour le prédisposer à une affection nerveuse; une de ses sœurs, du reste, a partagé avec lui les tristes conséquences de la fatalité ancestrale ; elle est morte phtisique et paralysée des quatre membres. Dès la naissance, la tête attire l'attention de l'accoucheur qui, probablement imbu des idées de Gratiolet, prédit une rare intelligence à l'enfant. Néanmoins, jusqu'à un an, rien de bien anormal. A un an et à quinze mois, des *convulsions* fréquentes surviennent et la tête grossit dans des proportions inquiétantes. Les parents avaient noté des disproportions entre les membres supérieurs et les inférieurs que nous n'avons pas observées. Nous avons constaté un léger état de *contracture* du membre supérieur droit et une certaine raideur des articulations des membres inférieurs. Aucun trouble sensitivo-sensoriel et si la motilité est imparfaite il faut en accuser le cerveau qui dirige mal les mouvements, car l'intégrité des reflexes nous permet de penser que la moelle est indemne comme chez la plupart des malades de ce genre. L'état mental de Révill... est très inférieur, l'intelligence, l'attention sont à peu près nulles. Les instincts même sont peu développés. Il a des tics coordonnés complexes, est gâteux complet. Sa parole exprime tous les mots, mais son esprit ne leur donne aucune signification. Malgré cette infériorité mentale, le traitement médico-pédagogique avait donné chez lui quelques résultats : il commençait à s'habiller seul quand une pneumonie a déterminé sa mort. Son autopsie a révélé une particularité : outre la dilatation des ventricules latéraux ordinaire chez les hydrocéphales, on constate la dilatation de l'aqueduc de Sylvius et du quatrième ventricule aux dépens de la paroi cérébelleuse de ce dernier.

Obs. VIII. — Idiotie hydrocéphalique.

Sommaire. — *Père, violent, cardiaque. — Arrière-grand-père paternel buveur. — Grand-oncle paternel, ivrogne, mort subitement. — Mère, convulsions à 4 ans. — Grand-père maternel, enfant naturel. — Grand'mère maternelle, enfant naturelle. — Arrière-grand-mère maternelle, cancer au sein. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 9 ans. — Frère mort à deux mois et demi de convulsions. — Sœur, intelligente. — Autre sœur, morte de bronchite, à 5 ans. Varioloïde au 3e mois de la grossesse. — Constatation d'une hydrocéphalie peu accentuée à la naissance. Augmentation de l'hydrocéphalie à 3 mois. — Allaitement au sein. — Sevré à 8 mois. — Première dent à 8 mois 1/2. — Dentition complète à 2 ans. — Convulsions à 4 ans. — Etat actuel : Description de la tête, dentition, contracture des membres. — Puberté. — Broncho-pneumonie. — Mort. — Tableaux des mensurations.*

Autopsie. — *Examen du squelette.*

Vign... (Félix), né le 6 novembre 1881, à Saint-Demot (Creuse), est entré le 21 mars 1888.

Antécédents (*Renseignements fournis par la mère de l'enfant,* le 28 mars 1888). — *Père,* 44 ans, maçon, grand et fort, très sobre, ne fumant pas, n'a jamais eu de maladies vénériennes ou constitutionnelles. Depuis quelques années, il est pris d'*étourdissements* et serait atteint d'une affection cardiaque. Vif, violent même, il n'aurait jamais battu sa femme ni ses enfants. — [*Famille du père. — Père,* maçon, 77 ans, bien portant, sobre. — *Mère,* 75 ans, bien portante, pas nerveuse. — Le *grand-père paternel* aurait été un grand buveur. Pas de renseignements sur les autres grands-parents. — *Oncle maternel,* mort subitement, faisait des excès de boissons. — Trois *tantes maternelles,* sans accidents nerveux ; une seule d'entre elles a des enfants : deux filles (du même amant) dont une est morte de la rougeole et l'autre est en bonne santé. — Pas d'autres renseignements sur la famille du père.]

Mère, 35 ans, journalière, tête plutôt petite, physionomie régulière, aurait eu plusieurs reprises de *convulsions* vers l'âge de 4 ans et aurait été atteinte de coqueluche à la même époque. Depuis, elle se serait toujours très bien portée et n'aurait jamais eu d'accidents nerveux. [*Famille de la mère. — Père,* enfant naturel, tailleur de pierres, 67 ans, fait quelques excès de vin, mais les supporte très bien, ne paraît jamais ivre, est calme et ne présente aucun trouble nerveux. — *Mère,* enfant naturelle, morte à 67 ans, on ne sait de quoi. — *Grand-père*

paternel, inconnu. — *Grand'mère paternelle,* morte d'un cancer au sein.— *Grand-père maternel,* inconnu.— *Grand'mère maternelle,* morte à 78 ans, sans affection bien définie. Aucun autre renseignement sur le reste de la famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 9 ans.

Quatre *enfants* : 1° *garçon,* mort à 2 mois 1/2 de *convulsions* ; conformé normalement, tête normale ; — 2° *fille,* 13 ans, bien portante, intelligente, pas de convulsions, tête normale ; instruite (a son certificat d'études) ; — 3° *fille,* morte à 5 ans de bronchite, pas de convulsions, tête bien conformée.

4° *Notre malade.* Rien à noter au moment de la *conception.* — *Grossesse :* varioloïde du 3e au 4e mois, ayant exigé un séjour au lit de trois semaines. — *Accouchement* naturel, à terme, sans accidents. — *A la naissance,* il avait la tête allongée, *plus grosse* que celle des autres enfants, ridée, semblable, dit la mère, « à une pomme pourrie ». La sage-femme aurait dit « qu'il avait de l'*eau dans la cervelle.* » Il n'était pas asphyxié, n'avait pas de circulaires autour du cou, a crié en naissant et s'est plaint tout le premier jour. — Il fut nourri au sein par une nourrice creusoise et fut sevré à 8 mois, en raison de son *hydrocéphalie* qui effrayait la nourrice. Jusqu'à trois mois, bien que plus volumineuse, la tête n'avait pas de proportions démesurées, mais à partir de cette époque, *elle augmenta et se développa au point d'être, à 6 mois, aussi volumineuse qu'actuellement.* La tête était de consistance molle, probablement à cause de la persistance des fontanelles et de la distension des sutures. V... n'aurait jamais eu de convulsions. A 8 mois, la nourrice le remit à sa mère. L'enfant fut désormais nourri au verre avec du lait de vache et du tapioca. Il n'avait pas de déviation des yeux, mais ne reconnaissait personne. Sa tête énorme était inclinée à droite ou à gauche. Il ne pouvait se soutenir sur les jambes. — *Première dent* à 8 mois 1/2. *Dentition* complète à 2 ans.

L'enfant restait d'habitude sur un petit fauteuil, qu'il était parvenu, vers l'âge de 3 ans, à déplacer avec le bras droit, ou dans un berceau dans lequel il aimait à se bercer lui-même. A partir de 3 ans, il fut pris fréquemment d'*accès de colère.* A cette époque, on remarqua que *son côté gauche était notablement plus faible que le droit et que la main et le membre supérieur gauches étaient fortement déviés.* — A 4 ans, apparurent pour la première fois des *convulsions.* Vign... restait pendant une demi-heure environ rigide ; on n'a pas remarqué de prédominance de la contracture sur l'un des côtés. Il n'avait pas de secousses, ses yeux se tournaient simplement, sa physionomie ne se

modifiait pas, mais ses *crises convulsives* s'accompagnaient de miction et de défécation. Elles revenaient environ toutes les semaines et duraient de 10 à 30 minutes. Lorsqu'elles étaient longues, l'enfant était fort fatigué et passait la journée immobile et sans prendre de nourriture.— A cet âge, le crâne parut devenir plus résistant. Vers 4 ans, Vign.. était en partie propre, c'est-à-dire que pour satisfaire ses besoins, il glissait sur sa chaise. Son sommeil était régulier. Il ne paraissait doué d'aucun sentiment affectif. Parfois il était pris *d'accès de rire violents* et ce rire était provoqué par des causes insignifiantes, le fait par exemple de voir tomber un autre enfant. Des accès de colère et de pleurs survenaient pour des motifs aussi mal déterminés. On le faisait manger, il digérait bien. — Aucun antécédent scrofuleux ; aucune maladie infectieuse. Sa mère attribue l'*hydrocéphalie* à la varioloïde qu'elle eut durant sa grossesse.

Lors de son entrée à Bicêtre, on le soumit au *traitement* suivant : sirop antiscorbutique, huile de foie de morue, 3 bains de son et 1 bain salé par semaine ; de plus il était mis 3 fois par jour régulièrement sur le vase pour tâcher de régulariser les garde-robes.

Etat actuel (2 avril 1888).— Tête très volumineuse, plagiocéphalie, le *côté droit* est plus aplati à la région occipitale que le gauche et la bosse pariétale gauche est nettement plus accentuée que la droite. La *fontanelle antérieure* paraît oblitérée, tandis qu'on sent nettement la dépression formée par la *fontanelle postérieure* qui se prolonge du côté droit du lambda sur une étendue de 5 centimètres environ.— Le *front* bombé est relativement étroit et la bosse frontale droite fait une saillie plus marquée que la gauche. Les cheveux châtains, bien implantés, descendent assez bas sur les tempes.

Yeux. Les arcades sourcilières ne sont pas marquées. Blépharite légère. Léger *strabisme* convergent. *Nystagmus* plus prononcé à l'œil droit. Pas d'exophtalmie. Iris bleu verdâtre. Pupilles égales. L'enfant paraît voir normalement (?) – *Nez*, écrasé à la racine, petit ; narines écrasées, horizontales. Vign... paraît sentir les odeurs. — *Bouche* petite, entr'ouverte ; lèvres épaisses. Voûte palatine ogivale ; voile du palais paraissant normal.

Dentition. — Le maxillaire supérieur offre une atrophie de l'os intermaxillaire latéral droit et la réduction des diamètres transversal et longitudinal. — Le maxillaire inférieur est augmenté de volume dans ses deux diamètres. La dentition est extrêmement anormale au maxillaire supérieur. Les incisives centrales permanentes offrent un type très marqué de géantisme, l'incisive latérale permanente gauche

seule existe, la latérale droite manque, la canine également : à la place de cette dernière, existe une molaire temporaire surnuméraire. La première molaire temporaire manque et la première molaire définitive est en voie d'éruption. Les secondes molaires temporaires droite et gauche sont en place ainsi que les deux premières grosses molaires permanentes. Au maxillaire inférieur, l'incisive latérale gauche, que le sujet possédait, manque. Les trois incisives qui restent sont marquées de géantisme et leur bord supérieur affecte la forme d'une fleur de lys. A droite, il existe une canine temporaire normale; à gauche l'alvéole est libre. Les molaires temporaires sont en place sauf la première molaire droite. Les deux premières molaires permanentes sont en place. La constitution de ces dents est normale, l'ivoire et l'émail sont résistants; les molaires permanentes ont un fort volume et deux dents seulement de la première dentition (la seconde molaire droite supérieure et la seconde molaire droite inférieure) sont atteintes de carie.

Les *oreilles* sont irrégulièrement implantées, la gauche semble plus bas que la droite. L'ourlet est plus prononcé à droite qu'à gauche, les lobules sont à demi adhérents. Légère otorrhée à droite.

Cou : 28 centimètres de circonférence; le *corps thyroïde* est un peu saillant.— *Thorax*, aplati à sa partie moyenne, plus saillant en arrière et à gauche. Scoliose légère à convexité droite lombaire. Circonférence au niveau des mamelons : 54 centimètres. — *Abdomen* et *bassin*, normaux.

Membres supérieurs amaigris, le membre droit paraît mieux développé. Les mains sont assez bien conformées, mais la main gauche est à demi contracturée, le pouce en flexion est recouvert par les autres doigts en demi-flexion. L'enfant saisit toujours avec la main droite, il peut étendre ses doigts à gauche mais refuse de se servir de la main correspondante. Les ongles sont bien courts et très convexes.

Les *membres inférieurs*, sensiblement égaux, sont maintenus dans la demi-flexion, on ne peut les amener dans l'extension complète. Les tibias paraissent légèrement concaves en dedans. Les *pieds* plats et en varus équin sont cyanosés. Les ongles sont bien conformés.

Puberté. Verge : longueur 3 centimètres, circonférence 4 centimètres. Phimosis, gland non découvrable. Testicules de la grosseur d'un pois, situés au niveau de l'orifice du canal inguinal. L'examen des viscères permet de constater une légère bronchite et la régularité des battements de cœur.

La *sensibilité générale* est normale, Vign... est particulièrement sensible au froid. Les réflexes rotuliens et pharyngiens n'existent pas. Gâteux complet, V... est dépourvu de toute intelligence et de tout sentiment, il prononce cependant quelques mots « mama, papa, à boire » et pousse presque continuellement des cris plaintifs analogues aux cris hydrencéphaliques. La température rectale moyenne de l'enfant est de 37°,2. (?)

	2 avril	24 avril	29 mai
Circonférence horizontale maxima.......	66	66	66
Demi-circonférence bi-auriculaire.......	43	43.5	43.5
Distance de l'articulation occipito-altoïde à la racine du nez..................	49	49	49
Diamètre antéro-postérieur maximum....	20	20.1	21.8
— bi-auriculaire................	12.8	12.8	12.8
— bi-pariétal..................	19.5	19.5	20

29 mai. — Peu après son entrée à Bicêtre, Vign... qui offrait des signes de bronchite, est atteint de *broncho-pneumonie* (10 mai), meurt le 29 mai, après avoir présenté une dyspnée intense, des râles sous-crépitants dans toute la poitrine et une température rectale de 40°.

Poids à l'entrée : 18 k. 100 ; après la mort : 13 k. 800.

Taille : 1 m. 02.

Autopsie. — Lésions de la *broncho-pneumonie* avec œdème pulmonaire et congestion des deux poumons surtout accentuées à droite. Les autres organes du *thorax* et de l'*abdomen* ne présentaient pas de lésion, ni d'anomalie. A l'ouverture du *crâne*, le cerveau apparaît réduit à une simple vésicule qui s'affaisse, laissant écouler *deux mille cent quatre-vingts grammes* (2180 gr.) *de liquide céphalo-rachidien*. (Le cerveau ayant été mal soigné est tombé en putréfaction et n'a pu être décrit). — Le *cervelet*, le *bulbe*, la *moelle* paraissent normaux; le canal de l'épendyme n'est pas dilaté.

Examen du squelette. — *Crâne.* La calotte du crâne est asymétrique, le côté droit est plus saillant que le gauche (*Fig.* 1 et 3). On sent en avant de la bosse pariétale une bosse surnuméraire accentuée à droite. Les *sutures* offrent des particularités curieuses. Il n'y a pas de trace de la suture métopique. La *suture interpariétale*, qui a 22 cent. de long, est terminée à droite et en avant par un *os wormien triangulaire* qui semble tenir la place de la fontanelle antérieure et qui a



Fig. 1. — Crâne de Vigner... Le diamètre antéro-postérieur est réduit de 210 mm. à 75 mm.



Fig. 2. — Profil du crâne d'un enfant normal âgé de 6 ans et demi, réduit de 158 mm. à 56 mm.



Fig. 3 et 4. — Profil du crâne de Vign... réduit de 210 mm. à 61 mm. et profil du crâne d'un enfant normal de 6 ans et demi réduit de 158 mm. à 50 mm., dans le sens du diamètre antéro-postérieur. La réduction est faite dans les mêmes proportions.

environ 5 cm. de hauteur sur 3 de base, cette dernière étant postérieure. De l'angle postérieur gauche de ce triangle part une suture peu dentelée comme l'inter-pariétale, de 3 ou 4 cm. de longueur qui ne tarde pas à se perdre, elle représente la suture *fronto-pariétale*



Fig. 5. — Crâne de Vign... Le diamètre transversal est réduit de 189 mm. à 87.

gauche presqu'entièrement *synostosée*. — A droite, la *suture fronto-pariétale* atteint la temporale, elle est peu sinueuse et offre en arrière deux prolongements irréguliers qui semblent des traces d'*os wormiens*

soudés. — La *suture inter-pariétale* montre dans sa moitié postérieure des particularités intéressantes : elle est formée jusqu'au lambda d'*os wormiens* et de parties comblées par des membranes, à savoir deux os



Fig. 6. — Squelette de la face d'un enfant normal de 6 ans et demi. — Le diamètre transversal est réduit de 130 mm. à 55 mm.

wormiens contigus en arrière à un vestige membraneux de la fontanelle postérieure de 3 cm de longueur environ. Deux os wormiens et un espace membraneux d'un cm. à 15 mm. complètent la suture. — La *suture lambdoïde* présente cinq *os wormiens* à droite et six à gauche((*Fig.* 1, 3 et 5).

La *fig.* 6 représente le profil du crâne d'un enfant normal de 6 ans 1/2, dont voici les principales dimensions :

Diamètre antéro postérieur........................	150 mm.
Diamètre bi-pariétal................................	130 mm.
Circonférence horizontale maxima..................	470 mm.

Les *fig.* 3 et 4 représentent le profil du crâne de Vigne... et le profil du crâne d'un enfant normal de 6 ans 1/2, réduits dans les mêmes proportions.

La *fig.* 5 donne une idée très exacte de l'asymétrie du front et de la face. La calotte crânienne semble rejetée à gauche. La différence des deux moitiés de la face, l'irrégularité de la dentition s'y voient aussi nettement. Ces anomalies sont encore plus évidentes si on compare la *fig.* 5 avec la *fig.* 6 représentant le squelette de la face



Fig. 7. — Crâne de Vign... — La circonférence est réduite de 630 mm. à 307.

d'un enfant normal de 6 ans 1/2, bien que le photographe ait mal placé la pièce.

La *base du crâne* est très asymétrique (*Fig.* 7) ; l'éminence cruciale de l'occipital est déviée à droite et les fosses cérébelleuses et cérébrales postérieures sont plus vastes à droite qu'à gauche. Les autres fosses sont peu modifiées. — Le *trou occipital* est dévié fortement à gauche et forme un plan incliné en bas et à droite. – Les autres trous de la base paraissent normaux. — La *calotte crânienne* a 63 cm. de circonférence. — Les os, à la coupe, sont formés de tissu compact, mince et transparent. (*Fig.* 7).

Les autres parties du squelette sont toutes nettement plus développées à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de déviation, ni d'anomalie notable de ces os, *les fémurs sont un peu en parenthèses et les humérus légèrement contournés* (1).

Remarquons l'*alcoolisme* du côté du père, les *convulsions* de la mère, l'union de deux enfants naturels, père et mère de la mère de l'enfant, les *convulsions* d'un frère aîné ; mais bien que cette hérédité soit suffisamment compromettante, nous croyons devoir attribuer le plus grand rôle dans la pathogénie de l'hydrocéphalie à la varioloïde que contracta la mère vers le troisième mois de sa *grossesse*. L'enfant est né du reste *hydrocéphale* et si la tête n'a pris qu'à partir de trois mois un développement monstrueux, elle était lors de l'accouchement suffisamment volumineuse pour attirer l'attention de la sage-femme et faire poser le diagnostic. Les accès de colère à 3 ans, la parésie gauche, les *convulsions* apparaissant à 4 ans, les faibles progrès qu'il fit du côté de la propreté nous portent à croire que le cerveau de l'enfant n'a été que petit à petit atrophié par le développement progressif du liquide hydrocéphalique.

L'autopsie de cet enfant est particulièrement intéressante. D'abord le liquide hydrocéphalique atteint l'énorme poids de 2,180 grammes, aussi le *cerveau* est-il réduit à une *simple vésicule*. On est tenté de s'étonner que malgré l'atrophie complète des hémisphères, l'enfant ait pu prononcer quelques mots, et être sujet dans certains cas déterminés à des crises de rires. Ces faits nous font persévérer dans l'hypothèse que nous venons d'émettre sur l'atrophie progressive du cerveau de Vign.. L'intégrité du bulbe et de la moelle nous permet-

(1) Nous avons pu faire la comparaison entre le crâne de Vign... et celui d'un enfant à peu près du même âge, grâce à M. Tramond qui a eu l'obligeance de nous prêter le squelette de la tête de l'enfant normal.

tent à la rigueur de comprendre la conservation, à l'état de réflexes, de ces phénomènes dont l'origine primordiale était certainement cérébrale. Une remarque intéressante que nous retrouvons dans d'autres observations est la synostose de certaines sutures (ici, la suture fronto-pariétale gauche). En pareil cas, si l'on devait croire les crâniectomanes contemporains, les sutures loin d'être synostosées devraient être distendues. Le nombre considérable d'os wormiens, les espaces membraneux persistant au point où devait exister la fontanelle postérieure, la déviation du trou occipital, etc. méritent aussi de fixer notre attention. Mentionnons enfin les *lésions rachitiques* de certaines parties de squelette. La *fig.* 1 et surtout les *fig.* 5 et 7 donnent une idée très exacte des déformations de la tête, de la face et de la base du crâne.

II. *Cas d'hydrocéphalie avec malformations.*

La seconde variété de ce premier groupe comprend les cas d'hydrocéphalie compliquée de malformations ou de lésions, par exemple du corps calleux, l'absence des hémisphères cérébelleux, etc. Là aussi, les crânes ont, en quelque sorte, un air de famille. L'hydrocéphalie occupe soit les ventricules latéraux seuls, soit en même temps la cavité arachnoïdienne et est accompagnée ou non d'*hydrocéphalie enkystée.*

La première observation que nous avons à citer — et dont nous montrons les pièces et les photographies — a été publiée par l'un de nous dans le *Compte-rendu* du service pour 1883 (p. 113) (1). Nous nous contenterons d'en reproduire ici le sommaire, quelques mensurations et les figures qui l'illustraient.

Obs. IX. — Idiotie consécutive a l'hydrocéphalie.

Sommaire — *Père et grand'mère paternels, alcooliques. — Mère nerveuse. — Oncle maternel, imbécile. — Oncles et tantes maternels, morts de convulsions.*

Emotions durant la grossesse. — Tête volumineuse à la naissance ; — son développement progressif ; ses dimensions. — Convulsions limitées à gauche (6 mois). — *Hémiplégie consécutive ; amélioration. — Développement*

(1) *Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie*, par Bourneville et Leflaive. L'observation et les réflexions qui l'accompagnent forment une note de 28 pages.

rapide de la tête (7 mois). — *Etat du malade à l'entrée* (10 mois). — *Tête : fontanelles, hyperostose. — Strabisme, etc... Manifestations intellectuelles. — Pemphigus. — Athrepsie. — Hémorrhagie méningée ; troubles trophiques ; fonte purulente des yeux ; contracture ; élévation de la température ; diminution subite du volume de la tête. — Mort. — Résultats de l'autopsie.*

Alli... (Eugène, âgé de 10 mois, est entré le 21 mai 1883, à l'hospice de Bicêtre (service de M. Bourneville).

Nous avons réuni en un tableau, les diverses *mensurations de la tête* de l'enfant, ainsi que la *succession de ses poids*, qui montrent bien sa déchéance progressive.

	21 Mai.	*18 Juin.*	*7 Juillet.*	*17 Août.*
	cent.	cent.	cent.	cent.
Circonférence horizontale au niveau de l'insertion des 2 oreilles	54	51	54 1/3	54 1/2
La plus grande circonférence.........	57 1/2	58 1/2	59 1/2	59 1/2
Demi-circonférence auriculo-bregmatique..........................	40	40 1/2	40 1/2	42
De la racine du nez à l'articulation occipito-vertébrale................	44	46	48 1/2	49
Diamètre bi-auriculaire...............	12	12	10 1/2	9 6
Diamètre transversal maximum.......	16	17	17	16 1/2
Diamètre antéro-postérieur maximum.	18 1/2	19	19	19 4

Tête. On enlève la calotte crânienne de façon à ce que le trait de scie s'approche le plus près possible du plan de la base du crâne. — Le *liquide céphalo-rachidien*, qui a été presque en totalité recueilli, pèse 1,650 grammes. — L'*encéphale* pèse 860 grammes.

La *base du crâne* est remarquablement aplatie ; les fosses occipitales sont assez profondes et paraissent symétriques ; mais les fosses sphénoïdales, quoique bien marquées, sont moins profondes qu'à l'état normal et leurs bords sont arrondis et mousses ; les apophyses clinoïdes n'existent pas ; la *fosse pituitaire* est absolument aplatie ; les *fosses sus-orbitaires* sont effacées, et en avant d'elles les *os frontaux* ne sont pas soudés sur la ligne médiane.

La *calotte crânienne* représente environ les 4/5 d'une sphère irrégulière. Les *bosses frontales* et *pariétales* sont peu accusées : au sommet de la tête, sur la ligne médiane, se trouve une saillie arrondie. — La *fontanelle antérieure* a la forme d'un Y : la branche inférieure, représentée par la suture médio-frontale, est large de 3 ou 4 centimètres ; la branche droite ne se prolonge qu'à 4 centimètres de la ligne médiane



Fig. 8. — Calotte crânienne d'All...

et les bords qui la limitent se rencontrent en formant un angle d'environ 40°. la branche gauche est analogue à droite, mais les os qui la limitent se prolongent par une suture non ossifiée, limitée en dehors par le frontal et le pariétal, en dedans par un os surnuméraire que nous décrirons plus loin. Cette suture, que l'on pourrait regarder comme la partie droite de la suture sagittale, était facilement appréciable pendant la vie ; maintenant les os chevauchent les uns sur les autres à ce niveau et l'effacent. Cependant, en tendant la membrane suturale, on peut écarter les deux os de près d'un centimètre. Cette branche va rejoindre la fontanelle postérieure ; son bord externe est

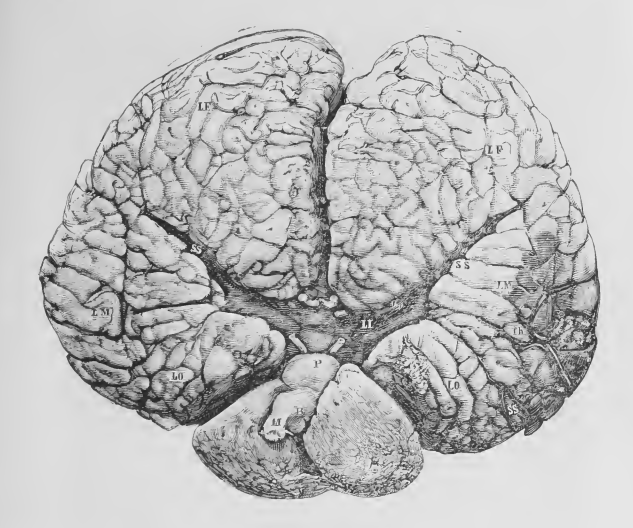


Fig. 9. — L F, lobe frontal. — L M, lobe moyen. — L O, lobe occipital. — S S, scissure de Sylvius. — L I, lobule de l'insula. — P, protubérance. — B, bulbe. — M, moelle. — S S, scissure qui sépare L M de L O. — *fh* indique le foyer hémorrhagique placé en dehors.

formé par le frontal pour les 2/3 antérieurs et par le pariétal pour le 1/3 postérieur (*Fig.* 8).

La *fontanelle postérieure* a la forme d'un triangle isocèle dont la base est tournée en haut et dont le sommet tronqué aboutit à l'angle supérieur de l'occipital. La base, longue de 9 centimètres, est formée par l'os surnuméraire, inter-fronto-pariétal ; les autres côtés, assez irréguliers, formés par les pariétaux, ont environ 14 centimètres. L'angle inférieur est occupé par trois *os wormiens* ayant chacun un peu plus d'un centimètre carré de superficie, et quoique indépendants, placés en contact les uns des autres et des os voisins. L'angle supérieur droit se prolonge avec la partie droite de la suture sagittale comme nous l'avons déjà indiqué ; l'angle gauche se prolonge avec une suture membraneuse analogue mais très peu large, longue de 5 centimètres et allant jusqu'à la réunion des os frontal et pariétal:

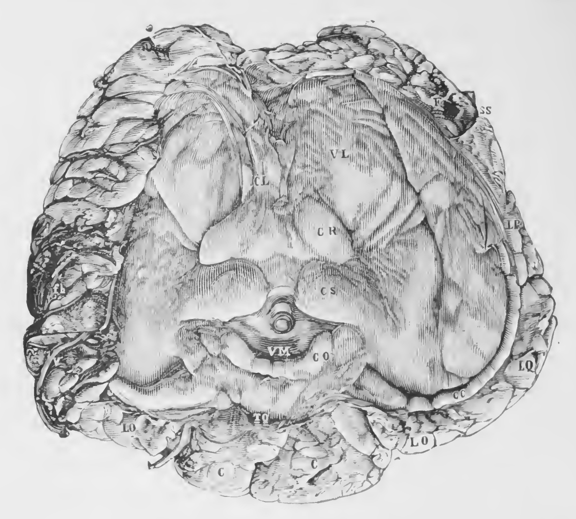


Fig. 10. — V L, ventricule latéral. — C L, cloison transparente. — C R, circonvolution retournée. — C S, corps strié. — C O, couche optique, — V M, ventricule moyen. — T Q, tubercules quadrijumeaux. — C, cervelet. — F, première circonvolution frontale. — S O, scissure. — L P, lobe paracentral. — L Q, lobe carré. — C C, corps calleux. — L O, lobe occipital. — *f h*, foyer hémorrhagique.

Cette figure et la précédente sont de demi-grandeur naturelle mais après macération du cerveau dans l'alcool.

Les *sutures fronto-pariétales* ne sont pas ossifiées, mais à ce niveau les os sont contigus. A leur jonction avec les sutures qui représentent la sagittale dédoublée se voit une petite fontanelle. La *suture lambdoïde* est normale ; en quelques points on remarque une disposition manifeste à la formation de dentelures. Quant aux *sutures squameuses*, on n'en découvre pas de traces ; le temporal semble faire corps avec le pariétal sans aucune délimitation.

L'*épaisseur des os du crâne* est très faible : ils sont presque partout translucides, laissant voir çà et là des points opaques ; cette opacité est surtout marquée au niveau de l'os fronto-pariétal où la voûte

crânienne paraît avoir son maximum de solidité. — Les os ont une certaine *élasticité* que l'on constate aisément aux points où le trait de scie a divisé le temporal.

Le *frontal*, comme nous l'avons déjà indiqué, est double ; il n'offre rien de bien particulier à signaler, sinon que son angle supérieur, déjeté latéralement, s'insinue entre l'os surnuméraire et le pariétal et qu'il est relativement aigu. — Les *pariétaux*, unis à la portion écailleuse du temporal, font partie de la moitié postérieure du crâne; ils sont larges et minces, et ont environ 15 centimètres de dimensions antéro-postérieures. Leur bord antérieur est en rapport avec le frontal, le postérieur avec l'occipital ; l'inférieur n'existe pas, puisqu'il est soudé au temporal ; le supérieur est arrondi, convexe ; son quart antérieur est en rapport avec l'os surnuméraire que nous appelons inter-fronto-pariétal, ses 3/4 postérieurs forment les côtés de la fontanelle postérieure. — L'écaille de l'*occipital* paraît peu développée relativement au reste de la voûte crânienne ; elle est d'aspect normal, sauf un point membraneux qui a persisté de chaque côté, à 4 centimètres de la ligne médiane, au niveau des fosses cérébelleuses.

Il ne nous reste plus à décrire que l'*os surnuméraire inter-fronto-pariétal*. Il occupe exactement le sommet du crâne ; il est à peu près régulièrement circulaire, et son centre est très saillant ; nous avons déjà signalé son épaisseur relativement considérable. Son diamètre est de plus de 15 centimètres si l'on suit sa courbure, et à peine de 13 si on ne la suit pas. Le centre en est nettement osseux ; la périphérie a un aspect blanchâtre qui rappelle le cartilage. Libre en avant et en arrière où il limite les fontanelles, il l'est encore du côté droit ; à gauche, il est libre dans le tiers postérieur au niveau du pariétal, mais non dans les 2/3 antérieurs où il est presque complètement uni au frontal dont il semble une dépendance.

En examinant la boîte crânienne par sa face interne, on voit la *dure-mère* peu épaisse, très transparente, laissant apercevoir l'arbre artériel de la méningée moyenne. La *faux du cerveau* est très peu développée, surtout dans sa moitié antérieure où elle n'a pas plus d'un centimètre de hauteur ; en arrière, au niveau de l'angle supérieur de l'occipital, elle se bifurque pour se continuer avec la tente du cervelet qui forme une sorte de cul-de-sac médian assez aigu dont le sommet se dirige en haut et s'élève à 5 centimètres au-dessus du plan des parties latérales. — La *faux du cervelet* n'est pas appréciable.

Une *veine* du volume d'une plume de corbeau provenant de la surface de l'hémisphère cérébral gauche et aboutissant au *sinus*

latéral du même côté *est oblitérée par une thrombose* ainsi *que ce sinus* (*Fig.* 10, v, v).

De chaque côté de la *faux du cerveau* se trouve une membrane qui cloisonne la cavité crânienne de la même façon que cette faux. Ces membranes s'écartent de la ligne médiane au niveau de la partie supérieure de la fontanelle antérieure et viennent se réunir à la tente du cervelet à 4 ou 5 centimètres de la bifurcation de la faux du cerveau. La *poche* qu'elles circonscrivaient atteint 8 à 10 centimètres de largeur à droite, et seulement 6 à 7 à gauche. Ces membranes sont minces, transparentes, peu résistantes ; à leur voisinage la dure mère paraît saine, non épaissie. Elles semblent formées par le feuillet arachnoïdien viscéral qui, accolé au feuillet pariétal, s'en détacherait un peu plus loin. Ce qui paraît confirmer cette apparence, c'est que : 1° en certains points il est facile de séparer cette membrane de la dure-mère qui semble alors se dédoubler ; 2° tandis que tout le reste de la membrane qui tapisse la cavité crânienne est lisse, unie, sans prolongement de tissu conjonctif, comme la dure-mère normale, au niveau de la poche ainsi circonscrite, cette membrane présente quelques prolongements de tissu conjonctif et forme quelques aréoles analogues à celles du tissu cellulaire insufflé ; 3° cette poche a été trouvée pleine d'un liquide séreux, en tout analogue au liquide céphalo-rachidien avec lequel il paraissait communiquer ; nous devons dire toutefois que, au palper, cette collection donnait la sensation d'un kyste.

En enlevant à la fois la calotte crânienne que nous venons de décrire et le cerveau, on trouve ce dernier nageant dans le *liquide céphalo-rachidien*. En avant, l'extrémité antérieure vient presque au contact des os frontaux ; en arrière, l'extrémité occipitale est assez éloignée de la paroi crânienne. En introduisant la main entre le crâne et le cerveau on constate que celui-ci est comme refoulé en bas et en arrière par une sorte de kyste (la poche décrite ci-dessus), dont on déchire les parois, qui s'implante dans la dure-mère. En palpant la surface du cerveau on la sent se déprimer comme une paroi kystique peu tendue ; on obtient la sensation que l'on aurait en déprimant légèrement la paroi d'un petit ballon de caoutchouc crevé.

	21 mai.	18 juin	7 juillet.	17 août.
Circonférence horizontale au niveau de l'insertion des 2 oreilles..........	54	51	54.5	51.5
La plus grande circonférence........	57.5	58.5	59.5	59.5
1/2 circonférence auriculo-bregmatique	40	40.5	40.5	42
De la racine du nez à l'articulation occipito-vertébrale..................	44	46	48.5	49
Diamètre bi-auriculaire.............	12	12	10.5	9.6
Diamètre transversal maximum......	16	17	17	16.5
Diamètre antéro-postérieur maximum.	18.5	19	19	19·4

Dès la naissance on a remarqué le volume anormal de la tête de l'enfant. Durant les six premiers mois de la vie, la tête a grossi progressivement, mais avec une certaine lenteur. A cette époque surviennent des convulsions intéressant uniquement la moitié gauche du corps suivies d'une paralysie transitoire affectant le même côté. Après ces accidents convulsifs, la tête augmente rapidement. Enfin, pendant le séjour de l'enfant dans le service, des mensurations comparatives nous ont permis de constater un accroissement continu de l'extrémité céphalique, portant principalement sur la plus grande circonférence, la demi-circonférence auriculo-bregmatique et sur la demi-circonférence antéro-postérieure. Si quelques dimensions ont paru diminuer quelques jours avant la mort, ce résultat est attribuable à l'amaigrissement. Comme on le voit, l'hydrocéphalie a eu une marche progressive, avec accélération à la suite des convulsions. On sait que, parfois, elle offre des intermittences.

L'aspect général de la tête et de la face, considéré isolément ou par rapport au reste du corps, n'a offert rien de particulier : il est conforme à la description classique.

L'*intelligence* n'était pas tout-à-fait abolie ; l'enfant reconnaissait ses parents et les infirmières qui le soignaient ; il gazouillait et souriait.

Les *os du crâne*, suivant la règle, étaient très minces, quelques-uns transparents. Mais, en plus des os qui composent régulièrement la voûte du crâne, il existait plusieurs os surnuméraires. C'est sans doute de ces os qu'a voulu parler Franck lorsqu'il écrit que « l'examen cadavérique a fait voir... des os sésamoïdes, surtout dans le trajet de la suture lambdoïde, à son sommet et quelquefois dans la fontanelle antérieure. » Le principal de ces os surnuméraires, celui que

nous avons décrit sous le nom d'os inter-fronto-pariétal, situé sur le trajet de la suture lambdoïde, avait de grandes dimensions et une épaisseur de sept millimètres. Par ce dernier caractère cet os se distingue des autres et il permet de se rendre compte de ce qui arrive dans des cas, d'ailleurs exceptionnels, où l'on trouve sur le crâne des bosses frontales ou pariétales très saillantes ; ce qui est dû en partie à l'épaississement des os. Il peut arriver aussi, d'après Barthez, « que les os du crâne acquièrent une épaisseur inaccoutumée destinée à résister à la pression qui s'exerçait sur eux. » Si l'épaississement se fait d'une façon irrégulière, il en résulte une asymétrie plus ou moins prononcée du crâne.

Ici l'hydrocéphalie était à la fois ventriculaire et arachnoïdienne. Les détails consignés dans le procès-verbal de l'autopsie nous dispensent d'insister de nouveau sur ce point. Nous rappellerons seulement que, dans la cavité arachnoïdienne, une partie du liquide était enkystée entre la dure-mère et l'arachnoïde, croyons-nous ; par conséquent, qu'il s'agissait là, — mais partiellement, — d'une hydrocéphalie externe, pour employer l'expression de Steiner. C'est sans doute à cette disposition qu'il est fait allusion par Blache et Guersant, quand ils disent que « dans quelques cas, les liquides sont accumulés dans des espèces de kystes ».

Obs. X. — Idiotie hydrocéphalique.

Sommaire. — *Père, excès de boissons dans sa jeunesse, gravelle. — Grands-parents paternels, morts très âgés. — Six oncles ou tantes paternels, morts de convulsions. — Une tante et un oncle paternels morts phtisiques. — Mère surmenée et mal nourrie dans sa jeunesse. — Grand-père maternel, mort tuberculeux. — Grand'tante maternelle, aliénée. — Oncle maternel, mort tuberculeux. — Autre oncle, excès de boissons. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 24 ans. — Etat actuel. Teigne. Rougeole. Mort.*

Autopsie. — *Examen de l'encéphale. — Dilatation plus considérable du ventricule gauche. Dilatation moyenne du ventricule droit, et légère distension du quatrième ventricule.*

Sor... (Armand-Louis), né à Paris, le 25 avril 1882, entré le 17 février 1888 à Bicêtre (Service de M. Bourneville).

Antécédents (Renseignements fournis par la mère de l'enfant le 23 mars 1888). — *Père*, 51 ans, limonadier, est marié en secondes noces, sa première femme étant morte tuberculeuse. Il buvait beaucoup autre-

fois, surtout du vin. Aujourd'hui il ne fait plus d'excès. Fort et vigoureux, il est actuellement atteint de gravelle. — [*Famille du père. — Père,* mort à 83 ans, on ne sait de quoi. — *Mère*, morte à 90 ans, après peu de jours de maladies, se portait toujours bien. — *Grands-parents paternels*, robustes, morts l'un à 99 ans, l'autre à 96 ans. — Les *grands-parents maternels* sont aussi morts très âgés, mais on ne peut donner sur eux aucun détail précis. — Neuf *frères ou sœurs :* 6 sont morts en bas âge de *convulsions*; Une *sœur* est morte à 7 ans, on ne sait de quoi. — Une *autre sœur* est morte assez jeune, phtisique, elle n'avait pas d'enfants et était déjà mariée à un phtisique. Un *frère*, célibataire, est mort à 35 ans, phtisique. Il faisait des *excès de boisson*, était un peu fantasque, aimait beaucoup à canoter et se jetait souvent à la Seine pour gagner des paris. A part cela, rien de particulier à signaler dans la famille du père.]

Mère, 27 ans, s'est mariée malgré la grande différence d'âge de son mari afin d'échapper à sa famille mal disposée pour elle. De 14 à 20 ans, elle fut placée dans la communauté du Bon Pasteur à Cholet. Elle y fut astreinte à un travail exagéré, avec une nourriture insuffisante (lever à 4 heures 1/2, été comme hiver, coucher à 8 heures 1/2; 10 à 12 heures de travail). Réglée à 11 ans, elle fut toujours bien portante, mais est nerveuse, impressionnable et pleure facilement. Elle paraît intelligente. — [*Famille de la mère. — Père*, mort tuberculeux, a eu de nombreuses hémoptysies et faisait de rares excès de boisson. — *Mère*, 55 ans, bien portante, se plaint parfois de maux de tête. Elle est atteinte actuellement d'une tumeur (?) à la main droite. — Pas de renseignements sur les *grands-parents*. — Une *tante maternelle* est devenue *folle* à 37 ans, la folie n'était pas violente, elle mourut chez elle à 40 ans. — Deux *frères*, un mort *tuberculeux* à 17 ans; l'*autre*, 28 ans, bien portant, fait de nombreux *excès de boissons*. Il a une petite fille de deux ans et demi en bonne santé. — Une *sœur*, 31 ans, bien portante, ainsi que les deux enfants. A part ces renseignements, rien de particulier dans la famille de la mère.] *Pas de consanguinité.* — Inégalité d'âge de 24 ans.

Etat actuel (25 février 1888). — *Tête* volumineuse; asymétrique. — *Crâne* arrondi, légèrement aplati dans la région pariétale droite. Les bosses pariétales sont peu prononcées. — *Front* élevé, large; bosses frontales saillantes. Arcades sourcilières peu marquées. — *Yeux*, légère blépharite ; pas de strabisme ; iris bleus ; pupilles égales ; la *vue* paraît normale. — *Nez* aquilain, l'*odorat* semble bon. — *Bouche* petite, lèvres un peu épaisses. La bride médiane, qui unit la lèvre supé-

rieure aux gencives, est très développée. *Dentition* régulière, mais usure des molaires, due sans doute aux *grincements de dents* de l'enfant. Voûte palatine ogivale. *Goût* paraît normal. — Menton arrondi. *Oreilles* un peu écartées du crâne, bien ourlées, lobule complètement adérent.

Cou : 285 mm., pas de saillie goîtreuse. — *Thorax :* légères saillies *rachitiques* de chaque côté du sternum. — *Abdomen*, rien de particulier.

Membres bien conformés. Le membre inférieur semble moins habile, et plus faible ; il traîne un peu.

Puberté. — Cheveux peu abondants et blonds. Sourcils clairs, cils rares. — Le reste du corps est glabre. *Verge :* long : 3 cm.; circonférence 4 cm.; prépuce long non découvrable. *Testicule* droit en *ectopie inguinale ;* testicule gauche à l'anneau de la grosseur d'une petite amande.

L'enfant est gâteux complet, ne parle pas, il serait coléreux et gourmand.

Mensurations de la tête.

	1888	1889
Circonférence horizontale maxima	52,5	54
1/2 circonférence bi-auriculaire	34,5	36
Distance de la protubér. occipit. ext. à la racine du nez	33	37
Diamètre ant. post. max..................	17	17
Diamètre bi-auriculaire......................	12	12
Diamètre bi-pariétal.......................	15,3	15,5

1889. — L'enfant contracte la *teigne* tondante et est placé à l'isolement.

Puberté (24 octobre). — Le système pileux n'est pas plus développé. Les deux testicules, de volume égal, sont dans les bourses. La *verge* a 4 centimètres de longueur et de circonférence. *Phimosis* léger, gland découvrable.

16 décembre. — *Eruption rubéolique* nette et intense. Diarrhée abondante, affaiblissement considérable.

1890. — La rougeole suit son cours régulier, l'état général reste mauvais ; la diarrhée réapparaît abondante le 12 janvier. L'enfant meurt le 18 janvier, dans un état de maigreur extrême et en hypothermie. — *Poids*, après le décès, 10 kilogrammes 500.

Autopsie du 19 janvier 1890.— Base du *crâne* asymétrique (*plagiocé-*

phalie.) Les bosses frontale droite et pariétale gauche sont plus saillantes. Les *sutures* sont normales, la *suture métopique* est aussi nette que les autres. — A l'ouverture du crâne, *le cerveau s'affaisse,* surtout au niveau de la région frontale qui paraît fluctuante. La *dure-mère* est reliée à la *pie-mère* par de nombreux tractus peu résistants.

Cerveau	980 gr.
Hémisphère droit	560
Hémisphère gauche	420
Hémisphère cérébelleux droit	75
Hémisphère cérébelleux gauche	25
Bulbe protubérance	25
Moelle épinière	35

Hémisphère cérébral droit. — Les circonvolutions sont bien développées et n'offrent pas d'anomalies.

Hémisphère cérébral gauche. — Les circonvolutions du lobe frontal, la pariétale ascendante sont bien développées et d'aspect normal ; il en est de même des circonvolutions de la face interne. Le reste du lobe pariétal, le lobe temporo-sphénoïdal sont ratatinés, gaufrés et très durs, ils présentent coloration jaunâtre dont l'intensité est plus grande au niveau du pli courbe. La *paroi des ventricules est rugueuse*; le *ventricule latéral gauche est très dilaté* surtout au niveau de sa corne sphénoïdale ; — Le *ventricule droit* bien que distendu, l'est beaucoup moins que le gauche. — Le septum lucidum est très mince. — Le *quatrième ventricule* est dépoli et un peu dilaté. Ces ventricules contenaient environ 140 grammes de liquide hydrocéphalique.

Le *cervelet*, le *bulbe,* la *protubérance* et la *moelle* n'offrent aucune lésion macroscopique.

Ici encore le bilan héréditaire ne laisse rien à désirer : l'*alcoolisme*, les *accidents convulsifs,* la tuberculose se manifestent tant du côté du père que du côté de la mère. Une particularité à noter est l'inégalité d'âge des parents. Le père avait 24 ans de plus que la mère. Nous enregistrons ce fait qui a été donné comme un facteur possible de l'idiotie.

L'autopsie nous montre une dilatation plus grande du ventricule latéral gauche et une légère dilatation du quatrième ventricule. Aucune localisation paralytique ne pouvait durant la vie faire prévoir ses particularités. Il est bon d'ajouter que le liquide hydrocéphalique n'était pas en quantité très considérable. (140 gr.)

Obs. XI. — Hydrocéphalie ventriculaire : idiotie.

Sommaire. — *Père, alcoolique. — Tante maternelle, névropatique. — Pas de consanguinité. — Rapports sexuels pendant l'ivresse. — Hydrocéphalie congénitale. — Impotence musculaire. — Cécité. — Gâtisme. — Parole incomplète. — Accès épileptiques. — Tentatives d'éducation : résultats. Mort dans un accès.*

Autopsie. — *Déformations multiples des os de la base du crâne. — Aplatissement et distension des circonvolutions cérébrales. — Dilatation considérable des ventricules latéraux. — Etat de la dure-mère. — Absence des hémisphères cérébelleux (1).*

R... (Marie-Emilie), entrée dans le service de M. Moreau, le 15 mai 1876, à l'âge de 10 ans, est passée dans le service de M. Delasiauve le 16 octobre 1877.

Antécédents (1877). — Aucune affection nerveuse chez les ascendants directes ou collatéraux. — *Père,* marchand de poisson à la halle, alcoolique dès le mariage (à 27 ans), buvait surtout du vin ; il est mort à 40 ans, d'une maladie de poitrine (1876).— En 1869, à la suite d'une chute dans une cave ayant produit une contusion de la face et de la tête, il a eu un accès de *délirium tremens* (hallucinations de la vue et de l'ouïe, insomnie, agitation, idées de jalousie, de duels, de mort, etc.) ; il a été conduit à l'Hôtel-Dieu. Là, il a voulu se suicider en se coupant le cou avec un rasoir ; alors on l'a envoyé à Sainte-Anne, puis à Ville-Evrard. Guéri au bout de 3 mois.

Mère, 35 ans, marchande à la halle, bien portante. Une de ses sœurs a eu des troubles intellectuels et des attaques d'hystérie au moment de la puberté. — Pas de consanguinité. — 6 enfants et une fausse couche. L'aîné est mort de convulsions à 5 mois ; notre malade est la 2e ; le 3e est un garçon de 10 ans et demi, bien portant ; les 4e, 5e et 6e sont morts à 7 mois, 16 jours, et 6 mois, on ne sait de quelle maladie. — Rapports sexuels durant l'ivresse.

Antécédents personnels. — R... est née à terme. Rien de particulier n'avait signalé la *grossesse* : comme dans les autres, scènes avec son mari qui rentrait ivre. — *Accouchement* naturel ; on s'aperçut, dès la naissance, que l'enfant était *hydrocéphale.* Elle fut élevée à la cuiller, car elle ne put jamais prendre le sein.

A 18 mois, elle ne parlait pas du tout. D'après la mère, elle avait

(1) Nous extrayons cette observation d'un travail (*Contribution à l'étude de l'idiotie*) qui a paru dans les *Archives de neurologie* (1880, t. I, p. 69,390.)

la tête déjà aussi volumineuse qu'aujourd'hui ; les membres ont toujours été grêles ; l'enfant voyait *un peu* des deux yeux qui étaient moins enfoncés dans les orbites qu'ils ne le sont aujourd'hui. Vers 5 ans, elle a commencé à parler. Elle avait l'habitude d'enfoncer ses doigts dans ses yeux. Elle n'a jamais marché, ni pu tenir quelque chose dans ses mains.

A 7 ans, ophtalmie, suivie de cécité complète, gourmes, écoulements d'oreilles, etc.— Pas d'onanisme. A 5 ou 6 reprises différentes, elle aurait eu des « attaques de nerfs ». Une fois dans le service de M. Moreau, elles auraient duré six heures consécutives. — Elle a toujours été affectueuse pour sa nourrice et pour sa mère. Elle a toujours été gâteuse.

Depuis 2 ans, on ne trouve pas de changement notable dans sa situation, si ce n'est que ses membres sont plus amaigris. La *parole* et l'*intelligence* sont les mêmes, l'enfant n'a ni gagné ni perdu.

Etat actuel. (Novembre 1877.) — *Tête* volumineuse. — *Face* petite, étroite, vieillotte, triangulaire ; yeux très enfoncés, non seulement à cause de leur état pathologique, mais surtout à cause de l'exiguité de la face et de la saillie très prononcée des arcades orbitaires ; nez régulier. La lèvre supérieure présente, à un centimètre de chaque commissure, une encoche de 4 à 5 millimètres environ, sorte d'esquisse de *bec-de-lièvre*. — Partout les os de la tête sont durs, très résistants ; au niveau de la suture bipariétale, on sent l'os bombé. Zone large d'environ 3 ou 4 centimètres, totalement dépourvue de cheveux, étendue d'une bosse pariétale à l'autre.

Circonférence de la tête au niveau des bosses frontales, pariétales, etc.	53,5
Du trou occipital à la racine du nez	43,5
D'un trou auditif à l'autre transversalement	43,5

La malade tient toujours la tête fléchie sur la poitrine. Elle la relève pourtant de temps à autre, quand elle veut boire ou causer, puis elle la laisse retomber.

Les *membres supérieurs* sont allongés, également amaigris. Ils restent, en quelque sorte, dans l'extension forcée. Sensibilité intacte : R... sent le chatouillement, le pincement, etc., aussi bien d'un côté que de l'autre. La peau a une coloration violacée.

Les *membres inférieurs* sont ordinairement tenus dans la flexion, rarement ils sont allongés. Comme les supérieurs, ils sont violacés.

Les cuisses et les jambes sont longues et grêles. Pas de déformation des pieds. — La sensibilité est normale.

R..., quoique hydrocéphale et aveugle, conserve une certaine intelligence, comprend assez de choses, reconnaît bien les personnes qui l'entourent au timbre de leur voix, parle très lentement, etc.

1878. 18 *mars*. — Accès dans lequel les convulsions prédominent du côté gauche. Tout le corps était rigide : écume, ronflement pendant dix minutes environ. — Vers minuit, nouvel accès.

19. — P. 96 ; T. R. 39°,4. La malade ne parle pas, ses jambes sont un peu contracturées, ainsi que les bras. — Submatité, au niveau de l'omoplate droite ; quelques râles ronflants disséminés. — *Soir :* T. R. 38°,2.

20 *mars*. — T. R. 38°,5. — *Soir :* P. 66 ; T. R. 38°,8. — R... paraît mieux, elle répond aux questions qu'on lui adresse. La submatité a presque disparu, respiration moins rude.

1879. 13 *janvier*. — Quatre accès dans l'après-midi.

14. — *Soir* : T. R. 40° — Nuit tranquille.

15. — La malade refuse de se lever, se plaint d'avoir froid.— T. R. 39°,5. — Mort dans un accès.

Autopsie. — Les *os de la voûte du crâne* sont tous soudés. Toutes les sutures sont fermées ; la fronto-pariétale présente de fines dentelures. Toutes sont minces, transparentes à contre-jour, à l'exception de la frontale, qui est très épaisse dans sa moitié inférieure. Au niveau des deux fontanelles, antérieure et postérieure, l'os est mince, quoique non dépressible, non papyracé. Pas d'os wormiens, *crâne* aminci.

La *dure-mère* s'est déchirée au niveau des bosses orbitaires, pendant qu'on tirait sur la calotte crânienne pour l'enlever. Elle adhérait beaucoup plus fortement que de coutume à la suture bi-pariétale.

La *base du crâne* est absolument déformée, la moitié droite est plus profonde et plus large que la gauche. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que le rocher est complètement aplati des deux côtés et que la fosse pariétale a sa dépression *maxima*, correspondant à l'aplatissement du rocher.

Les *bosses orbitaires* sont très saillantes, lisses et unies, entièrement dépourvues d'éminence mamillaire, apparence qu'on retrouve du reste partout plus ou moins marquée. La *bosse coronale droite* est plus étalée que la *bosse coronale gauche*.

L'*apophyse crista-galli* semble rejetée en arrière, ce qui tient au refoulement en avant de la portion verticale du frontal. La *selle turci-*

que est très étroite, la *lame quadrillatère du sphénoïde* très effacée ; la *gouttière basilaire*, au lieu d'être légèrement inclinée de haut en bas et d'avant en arrière, est tout à fait verticale.

La *tente du cervelet* n'existe pas, ou plutôt elle est représentée par deux lames indépendantes l'une de l'autre et très obliquement disposées, à peine plus large en arrière qu'en avant.

Le *trou de Pacchioni* se trouve donc entièrement déformé ; d'ovalaire il est régulièrement ellipsoïde, et son grand diamètre s'étend de la lame quadrilatère à la bosse occipitale interne.

La *loge du cervelet* est extrêmement étroite, limitée qu'elle est par les lames de la dure-mère, décrites plus haut. C'est une fosse ellipsoïde, à grand diamètre antéro-postérieur.

Il n'y a pas de *liquide céphalo-rachidien* sous l'arachnoïde. — *Pie-mère* très mince, peu vasculaire sans adhérence ; elle se rompt très facilement ; de là, décortication pénible.

Les *circonvolutions cérébrales* sont aplaties, étalées. – La substance encéphalique est ramollie.

Cerveau énorme, remplissant toute la cavité crânienne. — *Cervelet* rudimentaire, à peine du volume d'un petit œuf de pigeon.

Les *ventricules latéraux* sont considérablement dilatés et contiennent 570 grammes d'un liquide clair, limpide ; soustraction faite de ce liquide ventriculaire, l'encéphale ne pèse plus que 770 grammes.

Les *hémisphères cérébelleux* MANQUENT TOTALEMENT, en sorte que le cervelet n'est représenté que par le vermis, légèrement renflé sur ses parties latérales. — Le *bulbe* et la *protubérance* sont normaux.

Ici, l'idiotie reconnaît évidemment pour cause l'hydrocéphalie. Celle-ci, de son côté, nous paraît pouvoir être attribuée à l'*alcoolisme* du père qui, dès les premiers temps du mariage, commettait de fréquents excès de boisson et avait souvent des rapports sexuels, alors qu'il était « entre deux vins. »

Les tentatives qui ont été faites pour améliorer la situation de l'enfant, quoique tardives, ont donné quelques résultats et il est fort probable que, commencées plus tôt, elles auraient abouti à ce que l'enfant fut capable de marcher seule et de se servir de ses mains.

Les lésions relevées à l'autopsie, en ce qui concerne le cerveau, n'ont rien d'extraordinaire : les circonvolutions étaient étalées, les sillons peu profonds, les ventricules latéraux très dilatés, comme dans tous les cas d'hydrocéphalie ventriculaire. L'arrêt de développement du cervelet, les modifications de la dure-mère céré-

belleuse et surtout la déformation des os de la base du crâne, constituent les points les plus intéressants de ce cas.

Les *hydrocéphales simples*, dont nous venons de relater l'histoire détaillée, offrent, au point de vue de l'anatomie de leur *crâne* et de leur *cerveau*, des particularités intéressantes. Au premier abord, ils semblent fort différents, et bien qu'atteints tous d'un certain degré de plagiocéphalie, on doit pour synthétiser les caractères, les diviser en deux groupes. Mais après ce travail de synthèse, il est facile de poser et de défendre l'hypothèse qui nous porte à considérer le premier groupe comme une étape du second et à penser que ce dernier constitue un degré de l'évolution, nous dirons même presque de la guérison de l'hydrocéphalie.

1° Le premier groupe comprend les crânes d'Ess.. , de Gard... et de Lob... Arrondis, bachycéphales, il y a chez tous persistance de la fontanelle antérieure. La fontanelle postérieure persiste chez Ess... et les sutures distendues sont membraneuses chez Lob... La suture métopique persiste (Gard...) ou apparaît à l'état de vestige (Ess... et Lob..). Les sutures coronaire et sagittale sont presque rectilignes. Des os wormiens plus ou moins nombreux sont enclavés dans la suture lambdoïde. Les os sont très minces, poreux, d'aspect membraneux, transparents et rayonnés. Une bande de tissus très vasculaire borde les fontanelles et les sutures. Bien qu'ayant ces caractères généraux, la suture coronaire est presque entièrement synostosée chez Ess...

2° Le second groupe est fort différent. Il comprend les crânes de Cœnr.., Chev.., Gren... et Revill... Ces crânes, moins brachycéphales, ont un développement occipital exagéré. Il n'y a pas de persistance des fontanelles, ni de la suture métopique. Les autres sutures sont dentelées assez simplement, même en dents de souris. Les os wormieus abondent à la suture lambdoïde. Chez Cœnr...,on en constate aussi sur le trajet de la suture coronale. Les os sont lourds, même très lourds. Leur table interne porte les empreintes profondes des vaisseaux méningés. Les plaques transparentes y sont rares. La calotte de Gren... présente de plus une particularité digne d'être notée : Très épaisse, très lourde, elle est formée de deux lames de tissu compact, entre lesquelles est une large couche d'un tissu spongoïde qui permettrait de comparer la texture de ce crâne au fragment curieux conservé au musée Dupuytren et que l'on y désigne sous le nom de *tranche de melon*.

Nous avons laissé pressentir que malgré la différence de ces crânes on ne pouvait établir de scission chez les hydrocéphales simples, la comparaison de l'état macroscopique de leur cerveau justifiera notre opinion. En effet, si le cerveau d'Ess. est réduit à une *vaste poche kystique*, où il est difficile de soupçonner des vestiges de circonvolutions, nous trouvons chez Gard... un cerveau distendu, à circonvolutions aplaties, à scissures à peine marquées mais nettement perceptibles. Lob... offre des hémisphères à apparence presque normale, dont la configuration s'éloigne peu de celle des cerveaux de Chev..., de Gren..., de Revill..., et de Cœur... Certes, tous ces cerveaux ont des caractères propres : L'un (Gren ..) a surtout le ventricule latéral gauche distendu, tandis que chez Lob... c'est surtout le droit. Gren... offre une très petite *tumeur* de l'extrémité de la faux du cerveau; tandis que Revil... a de la dilatation du 4e ventricule, fait exceptionnel dans les cas que nous avons observés. Néanmoins, tous ces cerveaux offrent des lésions analogues et ont un aspect général identique, il n'y a entre eux qu'une différence de degré.

Les enfants dont nous avons classé les crânes dans ce premier groupe sont morts entre 2 ans et 2 ans et demi Chez eux, le *liquide hydrocéphalique* est très abondant et le crâne mince et distendu. Ceux qui, pour nous, forment le second groupe, ont une quantité de liquide relativement faible dans les ventricules, tandis que le crâne est épais. Le tableau comparatif suivant fournira un argument plus éloquent :

NOMS.	AGES.	POIDS DU CORPS APRÈS DÉCÈS.	POIDS TOTAL DE L'ENCÉPHALE.	POIDS DU LIQUIDE HYDROCÉPHALIQUE.
Ess....... ...	2 ans.	5 k. 450 gr.	1.615 gr.	960 gr.
Lob..........	2 ans.	5 k. 120 gr.	1.655 gr.	1.000 gr.
Gard.........	2 ans 1/2	7 k. 500 gr.	1.280 gr.	500 gr.
Chev.........	18 ans.	47 k. 600 gr.	1.560 gr.	150 gr.
Cœur.........	19 ans.	26 k. 000 gr.	1.180 gr.	120 gr.
Gren.........	18 ans.	67 k. 200 gr.	1.750 gr.	100 gr.

La première partie de ce tableau comprend trois enfants âgés de 2 ans à 2 ans et demi, pesant 5 à 7 kilog. environ. Le poids total de leur encéphale oscille entre 1,200 et 1,600 gr. et la quantité

de liquide varie de 500 à 1,000 gr. Les seconds sujets de la seconde partie du tableau ont de 18 à 19 ans ; leur poids est de 26 à 47 kilog. ; leur encéphale pèse de 1,100 à 1,700 gr. environ et la quantité de liquide hydrocéphalique atteint 100 gr. et ne dépasse pas 150 gr. Ne pouvons-nous pas aisément en conclure que ces trois derniers crânes et leurs encéphales se sont développés aux dépens du liquide et que très vraisemblablement les lésions moins intenses observées chez eux proviennent d'une rétrocession de l'hydrocéphalie. Il est probable que, si vers l'âge de 2 ans ils étaient morts, l'autopsie aurait révélé chez eux un état analogue à celui des trois premiers enfants de notre tableau. Le raisonnement réciproque pourrait être appliqué à ceux-ci, et il est regrettable que nous n'ayons pas, dans nos observations d'hydrocéphales simples, d'autopsie entre 2 ans et 19 ans, pouvant nous permettre d'établir une transition dans l'évolution avec l'âge de cette hydrocéphalie. Nous reconnaissons néanmoins que les trois premiers enfants étaient atteints d'un degré considérable d'hydrocéphalie et que les lésions secondaires de l'encéphale, comme celles d'Ess... laissent peu d'espoir dans l'amélioration de pareille affection et sont peu compatibles avec la vie.

Le groupe qui comprend Alix .., Sor... et la petite fille de la Salpêtrière dont l'observation a été publiée dans les *Archives de Neurologie*, est formé de cas disparates qui font exception à la règle, et qui, à cause des complications particulières à chaque cas, ne peuvent être reliés entre eux par aucun autre phénomène que l'hydrocéphalie. Alix..., en effet, était atteint d'hydrocéphalie enkystée, tandis que Sor... présentait une dilatation plus grande du ventricule latéral gauche et une dilatation de l'aqueduc de Sylvius, et du quatrième ventricule, lésion que nous n'avons pas rencontrée dans l'hydrocéphalie simple. Quant à la petite fille de la Salpêtrière, le manque des lobes cérébelleux mérite qu'on la classe en dehors des hydrocéphales ordinaires.

§ II. Hydrocéphalie avec scaphocéphalie.

Le second groupe de nos *hydrocéphales* est composé de ceux qui présentent une configuration toute différente de la tête classique, dont nous venons de donner des exemples. Chez eux, la tête présente la déformation connue sous le nom de *scaphocéphalie*. Les observations suivantes, accompagnées de figures, donnent une idée très exacte de cette forme d'*hydrocéphalie*.

Obs. XII. — Scaphocéphalie (*Résumé*).

Sommaire. — *Père, colérique, eczémateux. — Rien de particulier du côté paternel. — Mère impressionnable, névralgie. — Rien du côté maternel. — Consanguinité (cousins germains). — Grossesse : rien de particulier. — Accouchement prématuré entre 8 mois et 8 1/2. — Chétif, tête très allongée à la naissance, nourri au sein, sevré à 2 ans. — Début de la marche à 20 mois. — Début de la parole à un an. — Bronchites répétées durant les trois premières années. — Pas de convulsions. — Onanisme constant. — Premiers accès épileptiques à 3 ans, puis accès mensuel diurne durant un an. Les accès deviennent diurnes et nocturnes et plus nombreux à 4 ans. — A 5 ans, outre les accès, absence et vertiges. — Irascibilité, impatience.*

Autopsie. — *Méningite purulente. — Hydrocéphalie ventriculaire. — Tubercules crétacés. — Cavernules. — Mal de Pott.*

Charm... (Emile), né le 23 mai 1875, entre le 16 novembre 1880 à Bicêtre, où il est décédé le 21 juillet 1884.

L'observation de cet enfant a été publiée *in-extenso* dans le III[e] volume des *Comptes rendus du service des enfants* (1882, page 13). Nous nous bornerons donc à donner ici la fin de son histoire et le résultat de l'autopsie.

1880. — *Tête* allongée volumieuse, avec prédominance des parties postérieures et aplatissement transversal (*scaphocéphalie*). (*Fig.* 11.)

Circonférence horizontale	545
Diamètre antéro-postérieur	185
— bi-pariétal	145
— bi-temporal	105

Enfant bien constitué, sans difformités. Les sens fonctionnent normalement. Intelligence médiocre. Mémoire assez bonne. Parole un peu bégayante.

1883. *Novembre.* — Apparition des symptômes du *mal de Pott.*

20 décembre. — Ponction d'un abcès par congestion (250 gr. de pus). Fistule consécutive.

1884. *20 juillet.* — Accidents de *méningite purulente cérébro-spinale.* — *31 juillet.* Mort.

Tableau des accès et des vertiges : En 1881, 397 ; — en 1882, 333 ; — en 1883, 159 ; — durant les 7 premiers mois de 1884, 297.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, il s'écoule un *liquide hydrocéphalique* abondant qui, collecté à la fin de l'autopsie, pèse environ



Fig. 11. — D'après un dessin fait en 1889 par notre interne de cette année, d'Ollier.

300 grammes. La *pie-mère* est très fortement vascularisée sur tout le cerveau. La *pie-mère* de la base, surtout au niveau du chiasma, de l'espace interpédonculaire, des pédoncules et de la protubérance, est infiltrée d'une épaisse couche purulente (méningite purulente).

Encéphale....	1510 gr.
Cerveau..	1295
Hémisphère droit	645
— gauche	650
Cervelet et bulbe	185
Moelle épinière	25

Sur les deux hémisphères, on trouve des amas purulents au niveau des cornes frontales, des scissures de Sylvius dont les bords adhèrent et au sommet de la face convexe au niveau du bord de la scissure inter-hémisphérique. Une traînée purulente accompagne les vaisseaux.

Les bases bulbaire, cérébelleuse, protubérantielle et cérébrale reposent sur de véritables *confluents purulents* qui sont accumulés au niveau des confluents céphalo-rachidiens. Ces confluents sont formés

par une infiltration des méninges par un pus très épais et l'on doit les détacher avec des ciseaux pour obtenir la décortication pénible du cerveau. — La *moelle* baigne dans un pus épais et gluant au niveau de la première vertèbre lombaire. La *queue de cheval* est plongée dans le pus. La partie inférieure de la moelle dorsale est tuméfiée et fluctuante.

Sur les *deux hémisphères*, les *circonvolutions* sont bien développées, les sillons assez profonds. — Les *ventricules latéraux* sont uniformément *dilatés* dans leurs trois cornes. La méninge intra-ventriculaire est infiltrée de pus.

Le *crâne* offrait, ici, d'une façon très nette la forme que l'on a décrite sous le nom de *scaphocéphalie.*

Obs. XIII. — Hydro-scaphocéphalie. Résorption du liquide. Cachexie progressive.

Sommaire. — *Père, rhumatisant, nerveux. — Grand'mère maternelle, rhumatisante et migraineuse. — Oncle paternel, bègue. — Mère, fièvres intermittentes à 11 ans. — Grand-père maternel, apoplexie et hémiplégie transitoire. — Grand'mère maternelle, migraineuse. — Aïeux, paralysés et alcooliques. — Cousin germain, idiot. — Sept cousins morts de convulsions. — Grand-oncle maternel, bègue. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an. — Sœur morte de convulsions et deux autres de congestion cérébrale.*

Chute à 3 mois. Première dent à un an — Parole à 15 mois. — Marche à 22 mois. — Accroissement de la tête à 2 ans 1/2. — Faiblesse des membres inférieurs. — Oblitération de la fontanelle antérieure à 3 ans 1/2. — Répugnance au mouvement jusqu'à 4 ans, suivie de turbulence. — Voracité, salacité, gâtisme, clastomanie, violence.— Scarlatine, bronchites, diphtérie. — Etat actuel. — Aspect de la tête. — Monorchidie. — Cachexie progressive. — Mort.

Autopsie. — *Examen du crâne. — Congestion méningée. — Dilatation du ventricule latéral gauche. — Absence de lésions macroscopiques expliquant la mort.*

Chev... (Georges), né à Boulogne (Seine) le 8 janvier 1883, âgé de 8 ans, entre le 24 juin 1891, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère, 1er juillet 1891.)— *Père*, ébéniste, 44 ans, est un homme intelligent, artiste même en son métier. Arthritique et chauve de bonne heure, il n'a eu comme affection un peu sérieuse que des douleurs articulaires rhumatismales

avec quelques accidents cardiaques consécutifs. Il est sobre, doux avec les siens, mais un peu vif. — [*Famille du père. Père*, 81 ans, très bien portant, sobre, travaille encore et n'a jamais eu de maladie grave. — *Mère*, 72 ans, en bonne santé, était sujette dans sa jeunesse aux *migraines* et passait pour être nerveuse. — Les grands-parents, morts quadragénaires, se portaient bien. Un *frère* a eu 8 enfants, tous morts de *convulsions*, sauf 3 bien portants. Une *sœur* a perdu son premier né de *convulsions* ayant duré 15 jours. Aucune tare, ni indice neuropathique dans le reste de la famille du père.]

Mère, 43 ans, couturière, a été pendant 18 mois atteinte de *fièvres intermittentes* (1) vers l'âge de 11 ans. — A part cela, elle n'a jamais été malade. Intelligente, elle répond nettement à toutes les questions que nous lui posons. — [*Famille de la mère. Père*, 73 ans, était bien portant, quand il y a quelques années, il fut frappé d'*apoplexie* avec hémiplégie qui ne dura qu'un mois (thrombose cérébrale). Pas de démence. — *Mère*, morte à 56 ans, d'érysipèle. Depuis l'âge de 41 ans, cette femme nerveuse, sujette à la *migraine*, avait un érysipèle tous les mois. — *Grand-père paternel*, mort à 58 ans (?). — *Grand'mère paternelle*, morte à 84 ans, en 1870, du typhus. — Le *grand-père maternel*, mort à 87 ans, atteint de *paralysie* et de démence sénile, et la *grand'mère maternelle*, morte à 82 ans, hydropique, étaient tous les deux *alcooliques*. — Un *frère* est *bègue*. — Un *demi-frère* (de mère) est mort jeune *alcoolique* ; une *demi-sœur* a un enfant devenu *idiot* en 1870 par peur, dit-on, des Prussiens. A signaler en outre un *cousin maternel bègue* et *idiot*, un *autre* boîteux et un *oncle* célibataire, fou, mais atteint d'une *folie* calme et douce. Aucun autre antécédent héréditaire suspect.] Pas de consanguinité. Différence d'âge d'un an...... .....

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*. — *Grossesse* normale sauf peut-être un peu de surmenage, la mère étant parfois obligée de passer la nuit à travailler à la machine. — *Accouchement* à terme, sans intervention, sans anomalie. — L'enfant n'a pas eu d'asphyxie. Il avait en naissant et a toujours conservé la tête allongée. Il fut nourri au sein maternel presque exclusivement jusqu'à 32 mois. — *Première dent* à un an. — Dentition complète à 3 ans. — *Marche* à 22 mois. — Début de la *parole* à 15 mois. Son vocabulaire a toujours été très restreint. Jusqu'à 2 ans et demi, cet enfant, développé, n'offrait rien de bien anormal. Un peu arriéré intellectuellement, Chev...

(1) Nous notons l'*impaludisme*, à l'occasion, dans les antécédents des malades, de même que les *professions insalubres*, pouvant être une cause de dégénérescence (B.)

ne donnait cependant aucune inquiétude à ses parents. A 3 mois, il était tombé de son lit sur la tête et resté une heure sans connaissance ; cet accident auquel la mère attache beaucoup d'importance, n'a toujours pas eu de suite immédiate. A 2 ans et demi, *la tête de l'enfant se mit à grossir, et une tuméfaction apparut au niveau de la fontanelle antérieure.* Le corps de l'enfant ne commença à se développer en proportion de la tête que vers 3 ans et demi. A partir de ce moment, la tête ne grossit plus, elle prit sa forme actuelle. L'enfant avait les *jambes faibles* et restait presque continuellement immobile. Il n'avait eu ni convulsions, ni paralysie, ni contracture.

A 4 ans, Chev... recommença à jouer et devint assez remuant. A 6 ans, sa taille augmenta dans de fortes proportions. Il a toujours été glouton, salace et gâteux. Ni pyromanie, ni kleptomanie. Affectueux pour ses parents, il n'avait aucune conscience du danger et on ne pouvait lui permettre d'aller seul dans la rue. Depuis deux mois environ, l'enfant a changé, il est pris d'un *rire nerveux* inextinguible, casse tout, frappe ses parents, chantonne sans cesse.

A un an, scarlatine bénigne ; de 8 à 10 mois gourmes ; fréquents corysas scrofuleux ; engelures.— A 7 ans (février 1890), il eut une angine diphtéritique, soignée aux Enfants-Malades, qui détermina une *légère parésie des membres inférieurs.* Il est fréquemment atteint de bronchite avec des *accidents dyspnéiques* inquiétants.

Etat actuel (7 juillet 1891). — La santé générale de l'enfant paraît bonne. Adipose marquée.

Crâne volumineux très aplati latéralement, très saillant en avant et en arrière. Les régions pariétales offrent des méplats, tandis que la tête est fort bombée au sommet surtout et au niveau de la suture sagittale. Il n'y a pas de trace de fontanelles. Le front et l'occiput sont très bombés sans qu'il y ait cependant exagération de la saillie des bosses de ces régions. Les cheveux chatains clairs, abondants, bien implantés, descendent assez bas sur le front, le crâne est assez régulièrement symétrique. — La *face* est énorme, longue et grosse surtout à sa partie inférieure. — La *physionomie,* hideuse, n'exprime que l'hébétude. Le visage est recouvert d'un duvet blond qui lui donne un aspect sale. Le *front,* très bombé et très haut, est fort étroit : une dépression marquée existe au-dessus des arcades sourcilières qui sont saillantes et recouvertes de sourcils abondants.

Paupières normales, cils longs, fentes palpébrales grandes. Mouvements des globes oculaires normaux. Iris bleus, pupilles à réactions normales. La vue semble naturelle. — *Nez* court, camus, écrasé à sa

racine. Narines aplaties. Sillon naso-génien très prononcé. La respiration nasale est très difficile. — *Bouche* large, lèvres épaisses, toujours entr'ouvertes. A la *mâchoire supérieure, dentition* très irrégulière, les 4 prémolaires de lait sont encore en place. Les premières molaires permanentes sont à leur place, les deux canines aussi ; une incisive centrale permanente est, à droite, à côté d'une incisive de lait non tombée qui repousse en avant, vers la lèvre, l'incisive définitive. A la mâchoire inférieure, la dentition de lait est encore complète. Une molaire et deux incisives centrales permanentes sortent en arrière des dents de lait correspondantes. L'articulation est mal fixée. Les pointes des dents se touchent bout à bout au lieu de s'entrecroiser. Les gencives sont en bon état. — La *langue* est grosse et présente un sillon médian assez profond auquel viennent aboutir des sillons irréguliers. — *Palais* très ogival. Le voile du palais paraît déprimé par des végétations adénoïdes. Les amygdales sont volumineuses. — *Pommettes* assez saillantes. — *Menton* petit et arrondi. — *Oreilles* grosses, rouges, courtes, en bateau, bien ourlées, lobule gros et détaché.

Cou : circonférence : 30 centimètres. Ni goître, ni adénites.

Thorax, rachis assez bien conformés et sans déviations. Angle postérieur des côtes très accentué. Remarquable petitesse des omoplates. *Respiration* normale. Battements du cœur à peine perceptibles au palper et à l'auscultation.

Ventre volumineux (67 centimètres de tour). *Hernie* ombilicale de la grosseur d'une petite noix facilement réductible. Pas d'hypertrophie du foie, ni de la rate.

Verge, 3 centimètres de long, 2 centimètres 1/2 de circonférence. Prépuce peu développé, gland découvrable. Testicule droit descendu, du volume d'un haricot. *Ectopie abdominale* (?) du testicule gauche. Scrotum développé. Pénil glabre.

Membres supérieurs bien conformés. Motilité normale ; mains épaisses, doigts courts et épais, incurvés en dedans, articulations des phalangettes raides, ongles courts mais normaux. — *Membres inférieurs* symétriques. Pieds normaux, légère exagération de la voûte plantaire. La motilité et la sensibilité sensitivo-sensorielle ne paraissent pas altérées. Les réflexes rotuliens existent sans exagération.

Etat mental (d'après les notes de la Petite-École où l'enfant est placé). — *Parole* à peu près nulle, pas de mots distinctement prononcés. Ne semble pas comprendre les questions qu'on lui pose.

Mouvement de préhension assez mal coordonnés. Chev... mange mal à table. Instabilité très grande, il ne peut pas rester en place, est très coléreux, n'a aucune notion de ce qui l'environne. Il ne veut pas obéir, ne comprend pas les ordres qu'on lui donne. Il pleure souvent, bourdonne constamment, grince parfois des dents, très grimacier, il offre comme *tic*, lorsqu'il est assis, un *balancement* antéro-postérieur qu'il accompagne d'un ronflement de satisfaction. Pas d'onanisme. — La démarche est lourde et bestiale. Il va la tête baissée, se tenant les mains et avançant péniblement en écartant les jambes.

Traitement. Exercice passif des articulations. Douches quotidiennes de 25 secondes, l'enfant ayant actuellement de nombreux *accès de colère.*

20 novembre. — L'enfant maigrissant progressivement est envoyé à l'infirmerie en observation. Il n'a pas de fièvre, mange, digère, ne présente rien à l'auscultation, urine beaucoup, mais on ne peut, vu son gâtisme, recueillir ses urines.

31 décembre. — L'amaigrissement augmente de plus en plus. La température oscille entre 36°,4 et 36°,8. Régime lacté absolu. L'enfant meurt le 3 janvier 1892.

Taille : 1 mètre 5. — *Poids* à l'entrée : 22 kilog. 500 ; après la mort, 15 kilog. 900.

Mensurations de la tête.

Circonférence horiz. maxima	553	mm.
1/2 circonf. bi-auriculaire	368	—
Distance de l'articulation-occipito atloïd, à la racine du nez.	410	—
Diamètre antéro-post. maximum	195	—
— bi-auriculaire	115	—
— bi-pariétal	140	—
— bi-temporal	115	—
Hauteur médiane du front	70	—

Autopsie. — *Tête.* Le cuir chevelu est amaigri et pâle. La *calotte crânienne* offre une dolichocéphalie très accentuée sur la surface horizontale de section, elle a les dimensions suivantes :

Diamètre antéro-postérieur	190	mm.
Diamètre bi-pariétal	135	—
Diamètre bi-auriculaire	110	—

Elle est asymétrique et le côté droit est nettement moins développé que le gauche. Il n'y a pas de traces de fontanelles, ni de la suture

métopique, pas d'os wormiens ; la suture sagittale est complètement synostosée ; son parcours est perforé sur la table interne d'un grand nombre de trous vasculaires. Les sutures coronales et lambdoïdes sont à peine sinueuses ; la coronale est découpée en dents de souris,



Fig. 12. — Elle représente le moulage de la tête de Chev...

la lambdoïde n'offre aucune dentelure. La table externe du crâne est d'aspect rugueux, la table interne offre des sillons accentués de vaisseaux méningiens. Entre ces deux tables est un tissu spongoïde, très lourd. La caractérisque de ce crâne est son énorme scaphocéphalie (allongement antéro-postérieur et aplatissement bilatéral). (*Fig.* 12). La *dure-mère* adhère assez fortement au crâne. La *base* de ce dernier paraît symétrique ; les fosses sont assez profondes, mais les voûtes

orbitraires saillantes laissent l'apophyse crista-galli dans une excavation profonde. La *pie-mère* est louche et blanchâtre surtout à gauche. La vascularisation s'accentue par plaques à droite sur la première temporale et le lobe pariétal inférieur, à gauche sur les lobes temporal et pariétal. Le lobe frontal droit est recouvert de taches ecchymotiques.

Cerveau. — Hémisphère gauche. — Les circonvolutions sont nettement limitées, les scissures et les sillons sont profonds ; il n'y a pas d'altération autres que les plaques congestives signalées. Le *ventricule latéral gauche* est notablement *dilaté*, surtout au niveau de sa corne occipitale et à sa partie moyenne. La couche optique est un peu aplatie et le corps calleux aminci.

Hémisphère droit. — Aucune malformation, ni lésion accentuée. Pas de dilatation ventriculaire de ce côté.

Le *cervelet*, le *bulbe*, la *protubérance*, le *quatrième ventricule*, ni la *moelle* ne paraissent pas, macroscopiquement, être le siège d'une lésion.

Poids de l'encéphale.

Hémisphère cérébral droit........................	480	gr.
— — gauche........................	480	
Poids total du cerveau........................ ...	960	
Hémisphère cérébelleux droit	75	
— — gauche....................	70	
Bulbe et protubérance...........................	25	
Poids total du cervelet et de l'isthme...............	170	
Liquide céphalo-rachidien......................	30	
Poids total de l'encéphale......	1,169	

La *vessie* est saine. *On ne trouve pas de traces de testicule gauche.* La cause de la mort ne peut être attribuée qu'à un état cachectique progressif.

Obs. XIV. — Hydrocéphalie scaphoïde ; — méningite tuberculeuse.

Sommaire. — *Père, céphalalgies légères. — Grand-père paternel, légers excès alcooliques. — Mère, bien portante. — Grand'mère, maternelle, morte subitement (?). — Aïeul maternel, dément. — Cousin, strabique. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans.*

Grossesse normale. — Accouchement à 10 mois et demi. — Allaitement au sein durant 2 mois, puis au lait de vache. — Première dent à 16 mois ; dentition complète à 4 ans. — Début de la marche, 3 ans et demi. — Début de la parole, 4 ans. — Convulsions à 2 ans. Gâtisme. Rougeole.

Tics. — Etat actuel. — Tuberculose pulmonaire. Poussée aiguë avec méningite tuberculeuse.

Autopsie. — *Etat des poumons. — Examen du crâne. — Description du cerveau.*

No... (Adolphe), né le 27 décembre 1879, est entré le 30 décembre 1884, à Bicêtre (service de M. Bourneville), où il est décédé le 8 août 1885.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par la mère, le 17 novembre 1885.*) — *Père*, 34 ans, bijoutier, n'a comme accident nerveux que de légères céphalalgies ; il est atteint depuis plusieurs années de bronchites à répétition, qui ne paraissent pas tuberculeuses. Il est sobre, n'a jamais eu de maladies vénériennes, ni de dermatoses, etc. [*Famille du père.* — *Père*, mort à 51 ans, à l'hôpital Cochin, des suites de l'ablation d'une tumeur de l'aisselle, était garçon de café et paraît avoir fait quelques *excès alcooliques.* — *Mère*, 58 ans, forte, non nerveuse. — Aucun antécédent suspect, du côté des *grands-parents*, morts âgés. — Un *frère*, 40 ans, une *sœur*, 36 ans, bien portante, n'ont pas d'enfants. Aucun accident pathologique ou psychique intéressant connu dans le reste de la famille du père.]

Mère, 27 ans, bonne santé, intelligente sans antécédents suspects. — [*Famille de la mère. Père*, 50 ans, sobre et bien portant. *Mère*, morte subitement à 39 ans, d'une rupture d'anévrisme (?). Pas d'accidents nerveux. — *Grand-père paternel*, mort dément à 87 ans. — *Grand'mère paternelle*, et *grand-père maternel*, pas de renseignements. — *Grand'mère paternelle*, morte âgée, on ne sait de quoi. Un *frère*, bien portant, ayant un *enfant* présentant un léger *strabisme*, bien que n'ayant jamais eu, dit-on, de convulsions. Aucun autre détail sur la famille de la mère.] Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 7 ans.

Un seul *enfant* : *notre malade*. Rien de particulier à la *conception* qui eut lieu les premiers jours du mariage. Absolument aucun accident durant la *grossesse*. — *Accouchement prématuré*, à 8 mois 1/2, mais naturel et sans intervention ; présentation du sommet. Pas d'asphyxie *à la naissance*, pas de circulaire du cordon. Enfant un peu petit, mais bien conformé. — Il fut *allaité* au sein maternel durant 2 mois, puis au biberon avec du lait de vache, la mère n'ayant pas suffisamment de lait. — *Première dent à 16 mois. Dentition complète* à 4 ans. *Début de la marche* à 3 ans 1/2. A 4 ans, il commence à parler, mais borne son vocabulaire aux mots : papa, mamam, dodo, dada. Ses parents remarquèrent qu'il était très craintif, que la musique lui

faisait peur, qu'il riait parfois comme les autres enfants, mais qu'il restait tranquille et ne « gazouillait » pas comme eux. On observa vers deux ans « *que parfois ses yeux se tournaient, que sa figure était pâle et ses lèvres décolorées, en même temps que le corps était flasque et il restait ainsi immobile durant 5 à 10 minutes.* » Ces accidents survenaient une fois ou deux dans une journée et réapparaissaient environ tous les huit jours. Cela dura de 2 à 3 ans. Dans les intervalles, l'enfant tournait toujours un peu les yeux et ne pouvait pas maintenir son regard fixe. Il a toujours été gâteux, n'a jamais pu apprendre à s'habiller, à se laver ni à se servir de la cuiller. Il bave encore. Il aime à balancer le tronc d'avant en arrière, et grince des dents ; cette dernière habitude a disparu depuis un an. Il a des *crises de colère* violentes, déterminées par la moindre cause. Il dort sans cauchemars. Il reconnaît ses parents, et paraît affectueux à leur égard. Il n'a conscience d'aucun danger. Pas de clastomanie, de pyromanie, de kleptomanie, ni d'onanisme. Pas de voracité, ni de salacité. Il n'a eu comme maladie jusqu'alors qu'une diarrhée assez rebelle à 2 ans et la rougeole à 4 ans. Pas d'accidents scrofuleux. Outre le balancement antéro-postérieur du tronc, il présente comme autre *tic*, un petit clignement des paupières.

Etat actuel (8 août 1885). — *Crâne :* Les bosses frontales sont saillantes et la tête latéralement aplatie offre très nettement l'aspect scaphoïde.

Mensurations de la tête.

Circonférence horizontale maxima	48
Diamètre antéro-postérieur maximum	16,5
— bi-pariétal	13
— bi-temporal	9,5

Le *front* est étroit, les arcades orbitaires légèrement saillantes en dehors. — *Yeux* petits. Iris grisâtres. — Menton un peu saillant et pointu. — *Bouche* moyenne ; lèvres minces. *Dentition* de lait, saine, mais dents fort serrées, ce qui gênera la dentition définitive. *Oreilles* moyennes, bien ourlées, lobule détaché.

Cou un peu allongé, grêle, circonférence : 21 centimètres. Pas de goître. — *Thorax* et *rachis* d'aspect normal. — *Abdomen*, rien de particulier. — *Membres supérieurs* assez développés ; mains normales, les ongles présentent quelques taches d'albugo. — *Membres inférieurs* normalement conformés.

Poids	15 k. 208
Taille	0 m. 980

1882. *En août*, l'enfant qui présentait déjà des signes de tuberculose pulmonaire est enlevé en quelques jours par une poussée aiguë (8 août).

Autopsie. — *Crâne*. — Les os du *crâne*, très minces à certains points et très compacts offrent une épaisseur assez grande sur d'autres points et sont alors formés de tissu spongieux. Les points les plus minces sont au niveau des pariétaux. Les *sutures coronale* et *intra-pariétale* sont ossifiées. Le crâne paraît symétrique.

La *dure-mère* est d'apparence normale. La *pie-mère* offre au niveau des sillons et des vaisseaux surtout vers la base, de nombreuses granulations blanchâtres, elle est en certains points œdématiée et adhère notablement aux circonvolutions sous-jacentes. Elle montre en un mot les lésions de la méningite tuberculeuse. En détachant le cerveau une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien s'écoule :

Cervelet et bulbe	150
Cerveau	930
Hémisphère droit	475
— gauche	455
Liquide hydrocéphalique	90
Encéphale	1,170

Le *cerveau* est très allongé, les circonvolutions et les sillons ont d'une façon générale une disposition régulière. Il en est de même des masses centrales, les *ventricules latéraux* sont légèrement dilatés dans leur corne frontale, normaux dans leur partie moyenne ainsi que dans la corne temporale ; mais en revanche *les cornes occipitales sont très dilatées* jusqu'à la pointe du lobe correspondant. La dilatation paraît un peu plus prononcée à gauche qu'à droite. Les cornes occipitales constituent à proprement parler de véritables *poches* allongées, entourées par les circonvolutions dont l'épaisseur varie de 5 à 15 millimètres. De nombreuses *coupes* pratiquées sur les deux hémisphères ne font découvrir aucune lésion macroscopique.

No... est un exemple classique de *scaphocéphalie*. Ses antécédents sont peu importants. Ses crises convulsives ont été peu intenses, les convulsions ont été faiblement accusées mais assez fréquentes pour les attribuer à la compression due au liquide hydrocéphalique. Nous ne pouvons nous livrer à aucune considération sur l'état mental de l'enfant à cause de sa mort prématurée.

L'*autopsie* nous a révélé des lésions de méningite tuberculeuse et l'existence d'un épanchement hydrocéphalique assez abondant. — La prédominance de la dilatation ventriculaire au niveau de la corne occipitale explique la disposition particulière de la tête.

Obs. XV. — Hydrocéphalie partielle. Idiotie complète.

Sommaire. — *Père : quelques excès. — Grand'mère et oncle paternels, eczémateux. — Cousine germaine, crises de colère. — Mère un peu nerveuse, céphalalgies. Deux fausses couches à 6 mois. — Grand-père maternel aliéné et alcoolique. — Bisaïeule, oncle et tante paralysés. — Consanguinité.*

Grossesse : Émotion à 6 mois. — Premières convulsions à 4 mois. — Réapparition des convulsions à 3 ans. — État de mal. — Accès de colère. — Cris. — Balancement. — Insomnie — État actuel. — Gâtisme complet. — Idiotie complète. Demi-contracture des membres inférieurs. — Muguet. — Stomatite ulcéreuse. — Mort.

Autopsie. — *Congestion et œdème pulmonaires. — Œdème méningé. — Dilatation du seul ventricule droit.*

Fau... (Émile-Eugène), né le 29 octobre 1879, entre le 22 juillet 1884, à Bicêtre (service de M. Bourneville), où il est décédé le 29 décembre 1884.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère, le 19 décembre 1884*) — *Père,* 33 ans, fumiste, bien portant, faisait 2 ou 3 fois par mois des excès de vin, il est d'un caractère assez sombre, mais n'est pas méchant et mène une vie régulière. — [*Famille du père. Père,* enfant naturel, 67 ans, scieur de long, sobre et bien portant. — *Mère*, morte avec une dermatose qualifiée d'eczéma (?), pas d'autres renseignements. *Grands-parents paternels,* inconnus. *Grands-parents maternels,* aucun renseignement. *Deux frères* et une *sœur* bien portants, sauf l'aîné qui a eu de l'eczéma ; ils ont tous plusieurs enfants bien portants et bien développés ; une fille du frère aîné a cependant parfois des crises de colère, elle est âgée de 7 ans, mais ni elle, ni ses cousins n'ont eu de convulsions. Aucun autre renseignement sur la famille du père.]

Mère, 27 ans, brune, grande, physionomie agréable, paraissant bien portante, est imagère. Elle est nerveuse, a parfois des céphalalgies qui n'ont pas de rapports avec l'époque des règles et n'ont pas le caractère migraineux. Elle n'a jamais eu de crises convulsives. Étant jeune, elle était sujette à la gourme. — [*Famille de*

la mère. Père, mort en 1871, devenu brusquement *aliéné.* Il était fort peureux et sous la menace d'être fusillé, il avait dû obéir aux autorités de la Commune et aider à construire les barricades ; s'étant échappé, il se réfugia chez sa fille, se croyant poursuivi, ce qui était faux ; un jour il se cacha dans une cheminée, puis affolé, se jeta par la fenêtre, on le transporta mourant à la Pitié. Son aliénation avait duré huit jours. Il faisait des *excès de boisson* assez fréquemment. — *Mère,* 60 ans, brocanteuse, ordinairement bien portante, quelques accidents dyspnéiques (emphysème ou asthme ?). Aucun renseignement sur les *grands-parents* sauf sur la *grand'mère maternelle* qui mourut *paralysée.* — Trois *frères* bien portants et sobres. Un *oncle* et une *tante* sont *paralysés,* mais sont âgés et n'ont pas d'accidents mentaux. Aucune autre tare pathologique dans la famille de la mère].

Consanguinité. Le mari et la femme sont des cousins, issus de germains. De ce mariage sont nés 4 *enfants* n'ayant jamais eu de convulsions.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception.* — *Grossesse.* Au 6e mois, elle eut une *peur* causée par une dispute avec des sœurs qui, dit-elle, lui en voulaient. Aucun autre accident. — *Accouchement* à terme, normal ; l'enfant est né coiffé, bien portant, mais petit. Il fut *élevé au sein* par une nourrice, fut complètement sevré à 18 mois. A 7 mois, elle le vit fort, gros, bien développé. Depuis l'âge de 4 mois, au dire de la nourrice, l'enfant a eu de *petites convulsions,* il pleurait, se roidissait et tournait les yeux. Il ne riait jamais. Quand sa mère le reprit à 18 mois, il était très maigre, ne marchait pas, ne disait rien. A partir de cette époque, il eut des convulsions quotidiennes, mais ne portant que sur les yeux. A partir de 3 ans, les *convulsions* se généralisèrent, atteignirent les membres ; les mouvements convulsifs *étaient nettement exagérés du côté droit.* L'enfant remuait la langue et écumait légèrement. Parfois les convulsions se répétaient, devenaient subintrantes et déterminaient une sorte d'état de mal durant environ 2 heures 1/2. Placé aux Enfants-Malades pour être traité d'une fistule (?) au bras, il eut des attaques convulsives et fut envoyé à l'Asile Clinique.

Au point de vue mental, l'enfant n'a, nous dit la mère, jamais pu apprendre à parler, ni à marcher, il a de fréquents accès de colère ; présente comme tic un balancement latéral de la tête continuel. Il ne mâche pas, a été presque exclusivement nourri de lait et de panades. Il n'aurait jamais dormi plus de une heure par nuit et son sommeil serait fréquemment interrompu par des cris inarticulés. On devait,

pour le faire taire, le bercer une partie de la nuit. Il est gâteux complet, n'a pas de vers intestinaux. Comme affection lymphatique, notons de l'*otorrhée de l'oreille droite* et de l'impétigo de la face. Il n'a jamais eu de fièvres éruptives.

Etat actuel. — Etat général médiocre. — *Tête* carrée, crâne asymétrique la moitié droite du crâne étant plus développée que la gauche. Occiput aplati. Les bosses frontales et pariétales sont saillantes mais plus fortes à droite qu'à gauche. Le front est assez haut, une dépression existe au-dessus des arcades sourcilières qui, par ce fait, paraissent saillantes. Pas d'asymétrie faciale. Fentes palpébrales horizontales et grandes. Globes oculaires un peu saillants. Iris gris bruns. Pupilles égales. Saillies ovalaires égales et non exagérées. *Nez* petit et aquilin. — *Bouche* large. Lèvres très épaisses. Langue tuméfiée, dépassant notablement les arcades dentaires. — *Oreilles* écartées, égales, mais la droite est moins bien ourlée que la gauche. Lobule petit, à peine détaché.

Cou grêle, 21 centimètres de circonférence. — *Thorax* évasé, dilaté vers les hypochondres surtout à droite. Légère scoliose à convexité droite, chapelet rachitique net à droite et à gauche. Aucune lésion notable à l'auscultation, ni à la percussion. Circonférence mamelonnaire du thorax : 50 centimètres. *Abdomen* saillant, surtout à la région épigastrique. La cicatrice ombilicale fait saillie. Les organes de l'abdomen ne paraissent le siège d'aucun trouble perceptible à la palpation. *Verge* moyenne, phimosis, méat normal. Testicules très petits.

Membres supérieurs très grêles. A la partie postérieure et interne du coude droit existe une *fistule* d'origine osseuse à bords adhérents, rouges et arrondis, qui actuellement ne donne lieu à aucun écoulement. Les mouvements sont assez libres, tous s'exécutent, mais avec faiblesse et l'attitude normale est la demi-flexion. Les membres supérieurs sont à la mensuration sensiblement égaux.

Les *membres inférieurs* sont contracturés. Les cuisses sont fléchies sur le bassin dans l'adduction, les genoux sont accolés l'un contre l'autre. La pointe des pieds est fortement portée en dedans (sorte de pied bot varus équin). La *sensibilité* est médiocre, l'*intelligence* nulle, le gâtisme complet.

16 décembre. Stomatite ulcéro-membraneuse. L'enfant s'affaiblit progressivement et meurt le 29 décembre.

Mensurations du crâne.

Circonférence horizontale maxima	455
Demi-circonférence bi-auriculaire..................	315
Distance de la racine du nez à l'articulation occipito-atloïdienne..........................	305
Diamètre antéro-postérieur	130
Diamètre bi-pariétal..................................	130
Diamètre bi-frontal....................................	90

Poids après décès : 780 gr.

Tête. — *Crâne*, asymétrie assez nette, le côté gauche est moins développé que le droit. *Synostose complète de la suture sagittale.* Dépression en arrière de la suture coronale dont les dentelures sont peu compliquées. — La suture lambdoïde a des dentelures plus contournées mais il n'y a pas d'*os wormiens* sur son trajet. Le tissu est compact, transparent et mince dans la région pariétale postérieure et occipitale, il est épais, spongoïde et opaque vers les régions temporales et frontales.

Hémisphère cérébral droit..........................	360 gr.
— — gauche	370 gr.
Cervelet et isthme.....	130 gr.
Poids de l'encéphale............	870 gr.

Hémisphère cérébral gauche. — Les scissures et les sillons sont assez profonds, les circonvolutions bien contournées, ont des plis de passage assez nombreux. Le lobe pariétal supérieur paraît peu développé. A la face interne, le cunéus est petit, presque rudimentaire. Rien à noter pour les noyaux gris centraux, ni le corps calleux. Le *ventricule latéral gauche n'est pas dilaté.*

Hémisphère cérébral droit. — Il n'y a pas de notable différence dans la configuration générale de la face externe de cet hémisphère et du gauche. Aucune lésion macroscopique n'est apparente. A la face interne, le corps calleux est très aminci. Le *ventricule latéral droit est dilaté*, surtout aux dépens de la partie postérieure de sa corne frontale et de la corne occipitale. La corne sphénoïdale bien que dilatée, elle aussi, l'est à un degré beaucoup moindre.

Cette observation peut donner lieu à quelques considérations intéressantes. Nous ne ferons que signaler les antécédents héréditaires, qui, pas plus ici qu'ailleurs, ne font défaut. — La consanguinité augmente encore l'influence des tares de la famille. Les deux fausses

couches de la mère, suivies de la naissance d'un enfant hydrocéphale et idiot, puis d'un quatrième bien portant, nous font songer à la syphilis, bien qu'à ce sujet, on n'ait pu obtenir aucun aveu. La fistule (?) du coude droit de l'enfant, la malformation de son crâne nous semblent être des arguments à l'appui de cette thèse. La dentition ne nous éclaire que fort peu. L'enfant a trop peu séjourné dans le service et était dans un état mental trop bas pour prêter à ce sujet à des remarques intéressantes.

Son autopsie nous a permis de constater la *synostose de la suture sagittale*, qui n'est pas très rare chez les hydrocéphales, l'irrégularité de l'épaisseur des os du crâne et leur structure spongoïde en avant, enfin la localisation, au seul ventricule droit, de l'hydrocéphalie. Il est regrettable que quelques lacunes considérables existent dans l'histoire de ce malade et entre autres, l'oubli de la quantité de liquide hydrocéphalique que contenaient les ventricules.

Obs. XVI. — Hydrocéphalie scaphocéphalique.

Sommaire. — *Père, ivrogne, mort tuberculeux. — Oncle paternel, mort tuberculeux. — Tante paternelle, monoplégie brachiale. — Mère, bien portante. — Tante maternelle, morte tuberculeuse. — Pas de consanguinité. — Frère aîné, mort tuberculeux. — Sœur, convulsions internes légères.*

Conception probablement durant l'ivresse. — Frayeur et métrorrhagie au 7e mois. — Convulsions fréquentes de 3 mois à 2 ans 1/2. — Disparition des convulsions à 5 ans. — Début de la marche à un an et demi ; — de la parole à 3 ans. — Strabisme convergent dès 2 ans. — Insomnie plus ou moins complète jusqu'à 4 ans. — Etat actuel. — Cessation du gâtisme à 9 ans. — Otite suppurée. — Accidents syphilitiques secondaires à 15 ans. — Puberté. — Etat psychique. — Mensurations.

Moquer. . (Napoléon-Alfred), né le 28 novembre 1873 à Paris, est entré le 14 juin 1878, à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Antécédents (Renseignements fournis par sa mère le 23 février 1880). — *Père*, mécanicien-ajusteur, mort à 34 ans de *tuberculose pulmonaire*, après deux ans de maladie. Il avait cohabité 9 ans avec la mère avant de l'épouser. Violent, coléreux, il se livrait à la boisson et rentrait souvent ivre chez lui. Il n'avait jamais été malade avant son affection ultime, n'avait jamais présenté d'accidents nerveux.

[*Famille du père* : *Père*, mort du choléra, était sobre. — *Mère*, morte on ne sait de quelle affection, à l'époque de son retour d'âge. — *Frère*, mort jeune, tuberculenx. — *Sœur*, paralysée d'un bras, ayant

passé la plus grande partie de son enfance dans les hôpitaux d'enfants, est morte à 15 ans, on ne sait de quoi. A part cela aucun antécédent neuroarthritique, psychopathique ou autre dans la famille du père].

Mère, 40 ans, femme de ménage, auparavant ouvrière en bijouterie, assez grande, forte, possédant une bonne santé, n'a jamais eu de troubles nerveux.

[*Famille de la mère* : *Père*, sobre, calme, mort écrasé par une voiture. — *Mère*, 70 ans, bien portante. — Un *frère* mort du choléra, un *autre frère* de tuberculose pulmonaire, un *troisième frère* jouit d'une bonne santé ainsi que ses enfants. — Deux *sœurs* bien portantes. Pas d'antécédents nerveux ou autres dans la famille de la mère]. — Pas de consanguinité...

Notre malade. — La *conception* paraît avoir eu lieu *durant l'ivresse*. Rien de particulier pendant la *grossesse*, si ce n'est une *frayeur* au 7e mois causée par le mari ivre qui aurait frappé sa femme. Une métrorrhagie abondante en aurait été la conséquence. — *Accouchement* normal, mais long. On aurait remarqué *dès la naissance la grosseur exagérée de la tête*, et, à un an, les parents auraient été obligés de la soutenir au moyen d'appareils. A trois mois, *premières convulsions* durant seulement quelques minutes. Moq.. , depuis, aurait eu des *crises convulsives* régulièrement tous les quinze jours. Il fut sevré à 14 mois, aurait marché à 16 mois. — A 2 ans, il eut en un jour *dix-sept accès convulsifs*. Aucun accident n'en fut la conséquence, il se leva le lendemain. A partir de là, on s'aperçut pour la première fois de son *strabisme*. Trois ou quatre mois plus tard survint une nouvelle crise, il resta deux heures sans connaissance, puis, revenu à lui, il se mit à jouer comme s'il n'avait rien eu. La *parole* a débuté à 3 ans. Il n'a jamais été propre durant la nuit. Depuis l'âge de deux ans et demi, les *convulsions* ont diminué d'intensité et de fréquence. Elles se bornaient à une raideur du cou avec déviation des yeux durant environ une ou deux minutes. Mis à l'Asile, il était insupportable, brisait tout, touchait à tout, battait ses petits camarades. Sa mère prétend que, de 2 ans et demi à 4 ans, l'enfant n'aurait guère dormi plus d'une demi-heure par jour. Elle affirme même qu'il est resté 8 mois absolument sans sommeil, se levant la nuit, courant dans la chambre en geignant, ne voulant jamais être couvert dans son lit. A partir de 4 ans, il se serait mis à dormir comme tous les autres enfants. Il était très instable, marchait toujours. Il comprenait assez bien ce qu'on lui disait et allait quérir ce qu'on lui demandait. Il avait de fréquents *accès de colère* durant lesquels il déchirait ses vête-

ments avec les mains et les dents. Redevenu calme, il disait « ferait pu » et semblait demander pardon. Il était caressant, aimait à embrasser sa mère. Fort glouton, il se servait à table assez proprement de sa fourchette. Pas de coprophagie, de kleptomanie, ni de pyromanie. Il aimait les jeux bruyants et les joujoux destinés à faire du bruit (tambour, trompette, etc.).

A l'entrée dans le service, l'enfant était gâteux. Il n'aurait eu qu'un accès convulsif par mois depuis son entrée durant les six premiers mois de 1878 et n'en aurait plus eu d'autres.

Etat actuel (8 mars 1880). — *Tête* volumineuse avec prédominance très marquée du segment occipital. Le côté gauche de l'occiput est plus saillant que le droit. Les bosses pariétales sont assez accusées. Front haut et bombé étroit avec dépressions latérales et au-dessus des sourcils. Arcades sourcilières peu saillantes. Le crâne, en un mot, déprimé sur les côtés, fortement proéminent aux régions frontales et occipitales, offre un exemple typique de *scaphocéphalie*. — *Yeux* : strabisme convergent double. Albugo sur la cornée droite. Iris bruns. — *Face* symétrique. — *Nez* camard. — *Bouche* petite, lèvres épaisses, joues assez charnues. — *Dents* normales et saines. — Voûte palatine très étroite, ogivale, paraissant symétrique. Voile du palais régulier. Amygdale gauche un peu saillante. — *Menton* développé. — *Oreilles* grandes assez bien ourlées ; lobule charnu détaché.

Thorax, sans difformité, pas d'anomalie, ni d'affection révélées par la percussion ni l'auscultation. — *Abdomen* assez volumineux, mais ne présentant pas de traces d'anomalie ou d'affection viscérale. — Rien de particulier à noter du côté des organes génitaux. — *Peau* assez blanche. Cheveux et sourcils blonds. Duvet assez abondant entre les épaules. Léger engorgement ganglionnaire dans les aines.

Caractère coléreux, entêté ; si on le rudoie, il insulte, mord, entre dans des rages furieuses. Si on lui parle doucement, il est caressant, reconnaissant, mais est fort susceptible. La *sensibilité* et les *sens* paraissent normaux.

26 juin. — Moq... mange avec la cuillère et la fourchette, ne se montre pas trop gourmand. Il connaît quelques lettres, est toujours gâteux. Pas d'onanisme. Il est affectueux et caressant.

1881. *27 juin.* — L'enfant gâte encore parfois. Il sait s'habiller, se laver et se déshabiller seul, mais n'a pas fait d'autres progrès.

1882. *14 juin.* — Gâtisme intermittent. Moq... fait assez bien les exercices de gymnastique. Il prononce tous les mots, quelques-uns d'une façon vicieuse ; chante, mais faux. Il cire ses souliers, s'habille

seul, sait compter jusqu'à 10. Pas d'onanisme ; pas de modification du caractère.

19 décembre. — Le gâtisme a complètement disparu...

1884. *Juin* — Quelques petits progrès au point de vue de l'instruction primaire la plus élémentaire. Il connaît les chiffres, les couleurs, désigne quelques animaux par leur nom, etc... Il est très turbulent et il est fort difficile de fixer son attention. Onanisme...

1887. *Juin* — Moq... est mis à l'atelier de tailleur. Son maître note qu'il ne fait pas de progrès et qu'il est impossible de le faire travailler de la main droite. L'otite suppurée se réveille de temps en temps malgré les injections boriquées.

1888. *Juin.* — *Puberté.* — Fin duvet commençant à ombrer la lèvre supérieure. Aisselles glabres, mais léger engorgement ganglionnaire. Duvet fin avec quelques poils très courts à la racine de la verge. Verge : 45 millimètres de circonférence, 25 de longueur. Gland découvrable, méat assez large, légèrement porté en arrière. Testicules rétractés, difficiles à faire descendre, égaux et de la dimension d'une olive moyenne. Périnée et anus glabres. A l'anus, à droite, érosion d'un centimètre sur deux. Légères adénites inguinales ; pas de roséole. Excoriation à la face interne de la lèvre inférieure.

14 août. — On constate une plaque muqueuse, d'aspect légèrement papillomateux à la face supérieure de la langue à droite de la ligne médiane. Malgré le manque de roséole et le résultat négatif d'une enquête à cet égard, ces accidents paraissent d'origine syphilitique.

1889. — *Puberté.* — Léger duvet sur le pénil. Verge : longueur, 4 centimètres. Méat normal. Testicules de la grosseur d'une noisette.

1890. *Juillet.* — *Puberté,* — Léger duvet à la lèvre supérieure et aux joues. Tronc et aisselles glabres. Léger duvet au pénil. Verge : longueur : 37 millimètres ; circonférence : 45 millimètres.

1891. — Moq..., à cause de son âge, est mis à la grande école.

Note des instituteurs (juin 1891). — L'instituteur insiste sur l'inattention et l'indocilité de son élève, sa mauvaise tenue, son manque d'intelligence. Il n'est parvenu à lui faire faire aucun progrès. Le maître tailleur signale aussi son incapacité absolue et son manque complet d'attention. Seul, le maître de gymnastique signale quelques progrès et de la bonne volonté tant à la gymnastique qu'à la danse. Moq... a essayé de faire des bâtons, mais on a grand'peine à l'empêcher de se servir pour écrire de la main gauche. Les signes qu'il trace sont inclinés de haut en bas et de gauche à droite, dans l'écriture renversée. Il a toujours la tentation d'écrire en commençant par

la droite comme en hébreu. Il sait compter jusqu'à 30, mais ne se rend guère compte de la valeur des chiffres, il connaît le nom des jours, mais ne sait jamais à quelle date l'on se trouve. Sa tenue est toujours malpropre et négligée. Il mange gloutonnement et souvent avec les mains. Il parle en chevrotant, rit toujours aux éclats, s'exprime néanmoins assez correctement.

Puberté. — Visage, poitrine, aisselles glabres. Quelques poils sur le pénil. Verge : 35 mm. de longueur sur 35 mm. de circonférence. Prépuce long. Gland découvrable. Scrotum de la grosseur d'une mandarine. Testicules petits, difficiles à trouver, de la grosseur d'une noisette. Région anale et membres glabres.

1892. *Juillet.* — L'instituteur ne constate pas grand progrès, Moq... écrit toujours de même et a les mêmes tendances de gaucher. Il connaît les lettres et les couleurs... Son attention est toujours nulle, sa tenue déplorable, il est toujours glouton. Aucun résultat à l'atelier de tailleur où il est en apprentissage.

Puberté. — Le système pileux, la verge, les testicules sont restés sensiblement stationnaires depuis un an.

1893. — Durant l'année 1893, Moq... ne se développe pas plus au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel. Les instituteurs signalent toujours les mêmes défauts, auxquels ils ajoutent celui de menteur, effronté. Même en gymnastique où il semblait jadis mettre une certaine bonne volonté, il ne fait plus rien. Il remplit ses poches de chiffons, a une tenue de plus en plus déplorable, en un mot, il paraît plutôt en voie de déchéance.

Puberté. — Le système pileux ne s'est pas modifié. Les organes génitaux sont toujours rudimentaires. Les testicules ont toujours un aussi petit volume et restent appliqués vers les anneaux.

Mensurations de la tête.

	1880	1887	1888	1889	1891	1892	1893
Circonférence horizontale maxima.. ...	53.0	56.2	57.0	57.0	57.0	57.0	57.0
Demi-circonférence bi-auriculaire......	»	37.0	37.0	38.0	38.0	38.0	38.0
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	»	38.0	39.0	40.0	41.0	41.5	41.5
Diamètre antéro-postérieur...........	18.0	19.7	20.0	20.0	20.0	20.0	20.3
— bi-pariétal..................	14.0	14.6	14.6	14.8	14.8	15.0	15.0
— bi-auriculaire....	»	10.5	11.5	12.0	12.0	12.0	12.0
Hauteur du front..............	»	»	»	»	6.0	6.5	6.0

L'hérédité ne paraît pas ici jouer le rôle principal dans la genèse de la maladie. La conception probable durant l'ivresse, la métrorrhagie de la mère au 7e mois de la grossesse sont, à notre avis, d'une grande importance pathogène. Le cortège symptomatique de l'hydrocéphalie (convulsions, strabisme, insomnie, idiotie et gâtisme), est complet et l'examen de la tête nous fait considérer Moq... comme le plus beau type d'*hydrocéphalie scaphocéphalique*. Les accidents syphilitiques que nous avons observés ont une origine qu'il a été impossible de découvrir. Ils ont été assez tardifs pour qu'il n'y ait pas lieu de les faire entrer en rien dans l'évolution de l'hydrocéphalie. Au point de vue psychique, Moq... est un idiot inoffensif, mais assez rebelle à l'éducation. Remarquons toutefois qu'on est arrivé à des résultatr assez sérieux puisqu'on est parvenu, à l'âge de 9 ans, à le corriges du gâtisme.

Le *crâne* dans l'hydrocéphalie affecte encore, mais quoique très exceptionnellement, une autre forme, que l'on peut comparer à un chapeau de gendarme. Il est aplati dans le sens antéro-postérieur et s'avance sur les côtés, à l'instar des cornes du chapeau particulier auquel nous l'avons comparé.

§ III. Hydrocéphalie Symptomatique.

Cette forme est commune et l'un de nous en a déjà rapporté plusieurs exemples dans d'autres publications. Elle se rencontre surtout à titre de symptôme : 1° dans la méningo-encéphalite ; 2° dans les tumeurs du cerveau et surtout du cervelet. L'observation suivante appartient au premier groupe.

Obs. XVII. — Hydrocéphalie symptomatique de méningo-encéphalite chronique.

Sommaire. — *Père, céphalalgies. — Cousin maternel, épileptique. — Peur durant la grossesse. — Syphilis vaccinale probable. — Jamais de convulsions. — Fugue. — Hernie ombilicale. — Ophtalmie. — Cachexie. — Escharres. — Mort.*

Autopsie. — *Congestion et œdème des poumons. — Engorgement des ganglions du mésentère. — Etat spongoïde des os du crâne. — Méningo-encéphalite et hydrocéphalie.*

Han... (Louis-Xavier), né à Ivry, le 2 mars 1873, entre le 25 septembre 1883 dans le service de M. Bourneville, où il est décédé le 6 juin 1885.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère, 18 octobre 1883*). — *Père*, 51 ans, forgeron, grand, fort, très sobre, n'a eu comme maladie qu'une pneumonie il y a deux ans. Au début de son mariage, il aurait eu quelques douleurs de tête qui paraissaient avoir les caractères atténués de la migraine. Absolument rien de suspect dans sa santé antérieure. — [*Famille du père.* — *Père*, journalier, sobre ; il mourut à 75 ans de l'émotion de voir les Prussiens envahir les Ardennes. *Mère*, migraineuse, morte des suites d'une chute accidentelle. — *Grand-père paternel*, mort à 80 ans, intelligent, considéré, maire de son pays. Pas de renseignements sur les autres *grands-parents*. *Quatre frères* bien portants et ayant des enfants en bonne santé. Une *sœur*, très saine, a un fils, soldat actuellement. Rien à signaler de suspect au point de vue pathologique et psychique dans la famille du père].

Mère, 41 ans, couturière, physionomie régulière, intelligente, n'a jamais été malade. — [*Famille de la mère.* — *Père*, ajusteur, enfant naturel, mort à 70 ans d'une maladie aiguë, sobre, jamais malade. *Mère* 70 ans, bien portante et intelligente. Pas de détails intéressants touchant les *grands-parents*. *Six frères* : 1° un mort jeune de *convulsions*, attribuées aux dents ; 2° un autre mort noyé par accident ; 3° un troisième mort au régiment d'une fièvre typhoïde avec *accidents cérébraux* ; 4° les trois autres frères sont bien portants, l'un d'entre eux a sept enfants, sains de corps et d'esprit. — Trois *sœurs*, dont une morte d'un abcès du sein, les deux autres sont bien portantes. Aucun des enfants de ces sœurs n'a eu d'affection nerveuse. Un *cousin germain* est devenu *épileptique* à 22 ans et est mort d'une chute dans un accès à 26 ans. Aucun autre accident pathologique, ni psychique dans le reste de la famille de la mère].

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de 10 ans...

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception*. Au 5e mois de la *grossesse*, *grande frayeur* non suivie d'accidents graves, causée par l'explosion d'une poudrière dans le voisinage de son habitation. — *Accouchement* normal, à terme. Rien de particulier à la naissance. Nourri au sein jusqu'à 15 mois. Vacciné à 3 mois, l'enfant eut une éruption généralisée. Le vaccin aurait été sujet à caution, car 3 des enfants vaccinés en même temps seraient morts. Depuis, l'enfant a eu de nouvelles poussées éruptives, des tuméfactions aux diverses

parties du corps qui ne s'abcédèrent pas ; des urines abondantes et noirâtres de la tendance à la diarrhée. Il est survenu en outre des ulcérations entre les doigts, une tuméfaction passagère à l'anus et un abcès froid (?) au cou. La mère pendant ce temps continuait à l'allaiter. L'enfant n'a jamais eu de convulsions. Première dent à 7 ou 8 mois ; les autres dents ont poussé rapidement. Marche à 18 ou 20 mois ; propre vers le même âge. Début de la parole à 2 ans. Ce ne fut qu'à 3 ans qu'on s'aperçut de son manque d'intelligence. A 6 ans, mis à l'école, on le considérait comme une mauvaise tête et il n'apprenait rien. A 8 ans, il mettait à bout la patience du maître qui ne pouvait rien en faire. On le garda à la maison, où il passait son temps à faire des cerfs-volants. Parfois, il avait des fugues et partait, ne pouvant dire à son retour d'où il venait. C'est ainsi qu'il fut une fois arrêté à Créteil et envoyé au dépôt, et que deux fois ses parents le retrouvèrent aux environs d'Ivry où ils avaient habité avec lui. Il était obéissant et doux, mais manquait de mémoire. Il se servirait assez habilement de ses mains, mais serait faible des jambes et tomberait facilement. Rougeole à 4 ans, ophtalmie consécutive ayant déterminé une taie sur l'œil gauche. Tous les ans, il est sujet à des poussées éruptives qui s'accompagnent de *cauchemars*. Il n'est pas gourmand, mange assez bien, est sujet à la diarrhée. L'onanisme n'a jamais été constaté. En résumé, la mère attribue son état à la vaccination qui, d'après le médecin qui le vit alors, aurait vicié son sang. On lui donnait de l'huile de foie de morue, du sirop antiscorbutique, des bains et on lui faisait des frictions térébenthinées. L'état actuel de l'enfant n'existe pas dans le dossier de son observation.

Mensurations de la tête.

Circonférence horizontale maxima.......	500
Demi-circonférence bi-auriculaire.........	300
Diamètre antéro-postérieur	175
— bi-pariétal	134
— bi-temporal....................	95

1884. — *Puberté*. Petite hernie ombilicale. Testicule droit très petit (volume d'un haricot). *Ectopie* du testicule gauche. Verge petite, gland découvrable. Méat normal.

Notes de l'instituteur. — Intelligence très rudimentaire. H... connaît les lettres et les chiffres, mais ne sait pas compter, ne reconnaît pas les couleurs. Il mange assez proprement avec la cuiller, ne sait

pas s'habiller, se lave mal. Il connaît le nom de beaucoup d'objets usuels et d'animaux. Il est incapable de faire un mouvement à la gymnastique. Pas d'onanisme, ni de kloptomanie; il est très susceptible. Il parle mal et nasonne.

1885. *3 juin.* — Cachexie progressive. Etat typhoïde. Peau sèche, lèvres fuligineuses. Râles disséminés. Mort le 6 juin.

Description de la tête. — Le crâne est un peu allongé d'avant en arrière, il est rétréci en avant, large au niveau des bosses pariétales. Le front est étroit, l'occiput peu saillant. Plagiocéphalie. — La bosse pariétale gauche est plus proéminente que la droite. Les arcades orbitaires sont saillantes en dehors. Nez moyen, bouche moyenne. Oreilles très grandes et bien ourlées Lèvres minces. Dentition normale. Menton saillant.

Autopsie (6 juin). — *Tête.* — *Crâne* asymétrique, le côté droit est beaucoup plus développé que le gauche. Les sutures coronale et sagittale sont finement dentelées, un petit os wormien, d'un centimètre de longueur sur 5 millimètres de largeur, se trouve à l'extrémité de la suture sagittale. La suture lambdoïde présente des dentelures assez grossières. Elle n'a pas de contours compliqués, ni d'os wormiens sur son trajet. L'occipital fait saillie sur les pariétaux et, en avant de la suture lambdoïde se trouve une dépression accentuée. Les vaisseaux méningés ont laissé sur la table interne des empreintes très nettes. Le tissu osseux du crâne est assez épais; entre deux lames compactes existe un tissu spongoïde assez abondant, l'os est lourd et n'est pas transparent. La base du crâne n'offre pas de particularités, ni d'asymétrie. A l'enlèvement de la calotte, on constate que la pie-mère est distendue, qu'on ne peut que difficilement la séparer de l'encéphale, elle n'y adhère pas. La base du cerveau est baignée de liquide, dont il s'écoule environ 55 grammes. Les confluents normaux du liquide céphalo-rachidien, surtout le chiasma et l'origine des scissures sylviennes, sont les points d'accumulation de ce liquide. La substance nerveuse paraît lavée par le séjour dans ce liquide. Les ventricules latéraux, tant à droite qu'à gauche, sont dilatés et il s'écoule de leur intérieur environ 15 autres grammes de liquide, ce qui porte à 70 grammes environ la quantité totale de la sérosité hydrocéphalique recueillie.

Cerveau. — *Hémisphère cérébral gauche.* La pie-mère adhère fortement partout et, en l'enlevant, on entraîne la substance grise des circonvolutions. Seules FA et PA, surtout dans leur partie supérieure,

restent indemnes. Tous les sillons sont oblitérés et comme soudés par les adhérences de la pie-mère.

Hémisphère droit. — Le même état existe de ce côté. De même que du côté opposé, les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes sont à peu près indemnes. Rien de particulier au niveau du cervelet et du bulbe, dont la décortication est des plus faciles.

Poids total de l'encéphale	1,130 gr.
Cerveau	910
Cervelet et isthme	150
Liquide hydrocéphalique	70

L'observation clinique de notre malade n'offre pas un bien grand intérêt. Son histoire est assez terne. Pas de convulsions, pas de symptômes indiquant nettement l'origine de l'affection ou ses modifications. Mais l'autopsie est intéressante, car elle nous fait surprendre sur le fait pour ainsi dire au début de son évolution une méningo-encéphalite chronique déterminant l'hydrocéphalie. Peut-être la maladie ayant évolué davantage aurait donné naissance à un tableau symptomatique plus mouvementé. Les accidents post-vaccinaux sont-ils syphilitiques ? Ont-ils eu une influence sur l'hydrocéphalie ? Les faits ne nous permettent pas de résoudre pareil problème.

Obs. XVIII. — Idiotie symptomatique d'une tumeur cérébrale compliquée d'hydrocéphalie (1).

Sommaire. — *Tumeur cérébrale, hydrocéphalie symptomatique. — Grand-père paternel, alcoolique. — Mère, convulsions à deux ans. — Premiers symptômes à 10 ans. — Céphalalgie. — Vomissements, gâtisme. — Paraplégie spasmodique. — Atrophie double du nerf optique. — Mort par fracture du crâne.*

Autopsie. — *Sarcome à petites cellules siégeant dans la cavité du 4e ventricule et sur la partie latérale du bulbe et du cervelet. — Hydrocéphalie : dilatation des ventricules cérébraux.*

Berl... (Charles), âgé de 12 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 19 mai 1888.

Les mensurations de la tête faites à diverses reprises sont intéres-

(1) Cette observation, rédigée par MM. Bourneville et Morax, a été publiée *in-extenso* dans le *Compte rendu* de l'année 1890, p. 41.

santes, car elles montrent le développement progressif du crâne de 1888 à 1890.

	1888	1889	1890
	—	—	—
Circonférence horizontale maxima....	545	550	560
1/2 circonférence bi-auriculaire......	345	365	370
Distance de la glabelle à l'art. altoïdo-occipitale........................	370	380	380
Diamètre antéro-postérieur maximum.	190	191	191
— bi-auriculaire..............	115	120	120
— bi-pariétal.................	148	149	155

Autopsie. — *Tête.* Ecchymose violacée au niveau de la région orbitaire gauche. — Le cuir chevelu ne présente extérieurement pas de signes de traumatisme mais, lorsqu'on l'a détaché de la calotte cranienne, on constate une vaste *ecchymose* occupant les régions temporale et pariétale et s'étendant en haut jusqu'à la suture sagittale, en arrière jusqu'à la suture lambdoïde.

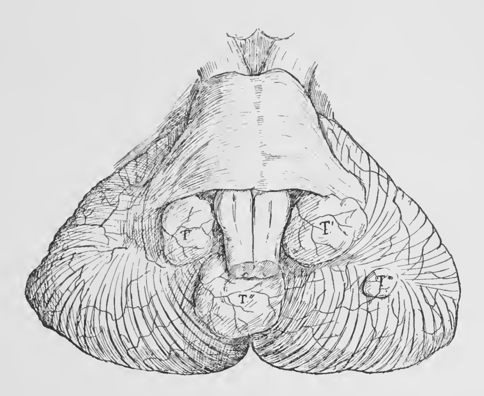


Fig. 13. — *Cervelet, bulbe et protubérance* de Ber... En T et T', on voit deux masses néoplasiques paraissant faire hernie en dehors du 4e ventricule par les orifices latéraux de ce ventricule correspondant aux points de pénétration du plexus choroïdien du 4e ventricule. En T", masse néoplasique faisant hernie à la partie inférieure du 4e ventricule. T'" petite tumeur située entre la pie-mère et la surface du cervelet.

La *calotte crânienne* présente une épaisseur très faible. Elle est transparente dans presque toute son étendue; les deux côtés sont symétriques. Au niveau de la *fontanelle antérieure,* il existe encore une surface de quelques millimètres carrés non ossifiée, les sutures sagittale, lambdoïde et coronale ne sont pas soudées et les différents os qu'elles séparent présentent une mobilité relative. Le frontal est soudé. Au niveau de la bosse pariétale gauche, on constate un trait de *fracture* fissurale, absolument horizontal, étendu du point culminant de la bosse pariétale à la suture fronto-pariétale, sur une longueur de 15 cent. La fracture a intéressé les deux lames osseuses du pariétal. Par sa partie externe, elle correspond à l'ecchymose sous-cutanée que nous avons décrite; par sa partie interne, elle se trouve en rapport avec un épanchement sanguin, siégeant entre la dure-mère et le pariétal. Ce foyer sanguin présente une forme allongée et mesure 4 cent. de haut et 4 à 5 millimètres d'épaisseur.

L'*encéphale* présente un volume considérable, *son poids* est en effet de 1,900 gr. Lorsqu'on le saisit, on est frappé par la faible consistance des hémisphères et la pression y fait naître une fluctuation très marquée lorsqu'on dépose la masse encéphalique sur le plan de table, les hémisphères s'étalent et les cornes sphénoïdales se dépriment. La pie-mère a un aspect normal au niveau de la face convexe et de la

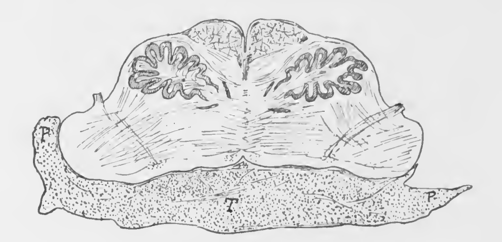


Fig. 14. — Coupe du bulbe et du 4e ventricule faite au niveau de la partie supérieure des olives. La place néoplasique T oblitère complètement la cavité ventriculaire et présente des prolongements latéraux, P, P, qui la relient aux tumeurs extra-ventriculaires. Le bulbe est aplati dans le sens antéro-postérieur. Il n'y a pas de lésions des éléments nerveux du bulbe.

face interne des hémisphères. Au niveau de la base, dans l'espace situé au devant des pédoncules cérébraux, elle est épaissie et présente

un aspect laiteux. On constate, au niveau de la région fronto-pariétale gauche, une ecchymose légère siégeant dans l'épaisseur de la pie-mère et correspondant à la région contusionnée. — La pie-mère est mince et s'enlève difficilement, bien qu'il n'existe pas d'adhérences proprement dites.

Au niveau du *cervelet* et du *bulbe*, la pie-mère tapisse des saillies, dont la face interne est en rapport avec ces organes (*Fig.* 13 et 14).

Ces *tumeurs*, qui présentent une forme lenticulaire et dont le volume varie de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, se distinguent à peine par la couleur de la substance nerveuse avec laquelle elles ne paraissent pourtant pas se continuer. De chaque côté du bulbe, immédiatement au-dessous des pédoncules cérébelleux moyens, il existe deux masses néoplasiques volumineuses. Il en existe une également au niveau de la partie postérieure du vermis inférieur, dans la région qui sépare les deux hémisphères cérébelleux. Cette tumeur dont la face antérieure répond à la partie antérieure du plancher du 4e ventricule se continue en haut avec une masse de même nature qui oblitère complètement la cavité du 4e ventricule.

Après section du corps calleux, il s'écoule des ventricules latéraux une quantité considérable de liquide limpide (600 gr.) Les *ventricules latéraux* sont uniformément dilatés, sans que leur forme générale soit notablement modifiée. L'épaisseur de la substance cérébrale qui sépare la paroi ventriculaire de la surface convexe des hémisphères ne dépasse pas 3 centimètres. Le corps calleux ne forme plus qu'une mince lamelle. La paroi des ventricules ne présente aucune particularité, à part un certain degré de vascularisation qui paraît un peu plus considérable qu'à l'état normal. Il en est de même des plexus choroïdiens des ventricules latéraux. Le 3e *ventricule* est également dilaté, mais dans une proportion beaucoup moins considérable que les ventricules latéraux.

L'*aqueduc de Sylvius* a son diamètre normal. Les *nerfs optiques* offrent à la coupe une coloration grisâtre et une transparence atrophique très marquée. La vascularisation de la gaîne externe est très prononcée sur les 2/3 postérieurs du nerf. — Les autres *nerfs crâniens* sont normaux.

La compression exercée par les *tumeurs* du cervelet a eu pour conséquence en quelque sorte une oblitération du 4e ventricule, une dilatation modérée du 3e ventricule et une dilatation considérable des ventricules latéraux, en un mot une *hydrocéphalie symptomatique*. La quantité de liquide céphalo-rachidien, recueillie quand on a sé-

paré les hémisphères cérébraux et qui n'était pas moindre de 600 grammes, indique le degré de cette hydrocéphalie.

La distension des ventricules a déterminé à son tour une augmentation du volume de la tête très prononcée, ainsi que le fait ressortir le tableau comparatif des mensurations de la tête en 1889 et en 1890. Bien que l'enfant fut âgé de 12 ans, les sutures fronto-pariétale et inter-pariétale se sont écartées de 2 millimètres à 25 millimètres. Les dentelures des os voisins, comparables à des stalactites et à des stalagmites, étaient réunies par une sorte de membrane plus ou moins transparente *(Fig. 15)*. Lors du premier examen de la tête, on avait



Fig. 15. — Face convexe du crâne de Ber...

noté que les fontanelles et les sutures semblaient fermées ; c'est donc durant le séjour du malade à Bicêtre que s'est opéré cet écartement

des os, qui vient fournir, croyons-nous, un argument sérieux contre la *crâniectomie*. C'est parce que les os du crâne ont pu s'écarter aussi largement que les phénomènes de compression n'ont pas été plus graves, ont offert une grande lenteur et même des rémissions dans leur marche. La vie aurait donc pu se prolonger encore s'il n'était survenu un traumatisme qui a eu si promptement une issue fatale. Tous les os étaient translucides, notablement amincis, car ils n'avaient qu'un à deux ou trois millimètres d'épaisseur.

Obs. XIX. — Idiotie symptomatique de tumeurs du cervelet compliquées d'hydrocéphalie ; distension des sutures (1).

Sommaire. — *Père migraineux dans l'enfance, très colère. Nombreux excès de boisson avant le mariage. (A deux, 60 bouteilles de bière dans un jour). Malformation des doigts (trois doigts seulement à la main droite).— Grand'-mère paternelle très nerveuse, sujette à des migraines, mort subite. — Arrière grand'tante paternelle en enfance. — Mère, nerveuse ; cauchemars. — Grand'mère maternelle, hypochondriaque, aliénée. — Arrière-grand-oncle maternel, suicidé par pendaison. — Grand-père maternel, alcoolique, violent. — Grand-oncle maternel, mort d'une attaque d'apoplexie. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans.*

Allaitement partiel au lait de chèvre. — Intelligence ordinaire jusqu'à 6 ans. — Violents maux de tête avec vomissements bilieux. — Deux mois plus tard, affaiblissement de la vue ; puis paralysie et cécité complètes ; crises convulsives probables (?) — Nystagmus ; strabisme divergent ; atrophie blanche des deux papilles. — Paraplégie spasmodique. — Trépidation spinale. — Accès migraineux avec ronflement et élévation de la température ; accès de colère. — Gâtisme. — Congestions de la face. — Augmentation de volume de la tête. — Amélioration passagère à la Fondation Vallée : diminution de la paralysie. — Gangrène des extrémités inférieures. Septicémie. — Mort.

Autopsie. — *Ecartement des os du crâne ; distension des os du crâne ; — état membraneux des sutures. — Hydrocéphalie ventriculaire double. — Dilatation du troisième ventricule. — Kystes et infiltration sanguine du cervelet (tubercules transformés).*

Baisse... (Marie), âgée de 7 ans, née à Vitteau (Côte-d'Or), le 2 novembre 1882, est envoyée d'office, des Enfants Malades, le 14 mai 1890, à la Fondation Vallée (service de M. Bourneville).

(1) Cette observation, rédigée par MM. Bourneville et Ferrier, a été publiée *in-extenso* dans le *Compte rendu* de l'année de 1892, p. 233.

	1890.	1892.	
	Octobre.	Janvier.	Juillet.
Circonférence horizontale maxima.......	53	56.5	58.5
Demi-circonférence bi-auriculaire........	37	38.5	38.5
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez............	39	40.5	41
Diamètre antéro-postérieur maximum....	17.5	18.3	18.5
— bi-auriculaire...	13	12.3	13.1
-- bi-pariétal...	15.6	16 8	17.9
Hauteur médiane du front.........	»	6.5	6.5

Ces mensurations comparatives montrent que le crâne augmente notablement de volume et qu'il se développe une *hydrocéphalie* symptomatique, à marche assez rapide.

Autopsie, 26 heures après décès. — *Tête.* Le *cuir chevelu* est très mince, très pâle et a perdu toute sa graisse. La *calotte* est à peu près symétrique, plus développée cependant à droite qu'à gauche. Les fontanelles sont fermées, mais les *sutures coronale, sagittale* et *lambdoïde* sont écartées et l'intervalle, compris entre les dentelures des sutures correspondantes, est comblé par une membrane mince et transparente. Les dentelures des os se sont très allongées ; leur écartement de celles de l'os voisin atteint jusqu'à trois ou quatre centimètres. Les parties osseuses voisines du tiers moyen de la suture coronale sont transparentes. Les deux pariétaux offrent aussi en bas des impressions digitales qui les rendent translucides *(Fig. 16).*

La base est sensiblement symétrique. Le plancher des orbites offre des impressions digitales très profondes. La fosse pituitaire est un peu élargie, aplatie. Les fosses sphénoïdales paraissent symétriques. La fosse occipitale gauche est un peu plus développée que la droite, en sorte qu'il existe un léger degré de *plagiocéphalie.*

Lorsqu'on enlève la calotte crânienne, il s'écoule 50 grammes de *liquide céphalo-rachidien* mêlé de sang. La *dure-mère* est mince et très pâle. La dure-mère et le cerveau se sont affaissés considérablement, et hors de proportion avec la petite quantité de liquide qui s'est écoulée. Il y a un paquet d'adhérences à l'extrémité antérieure et à l'extrémité postérieure du lobe temporal gauche. Les *nerfs olfactifs* sont aplatis, minces. Lorsque l'encéphale repose sur sa convexité, il s'élargit d'une façon notable, et a un contour presque circulaire.

On remarque une sorte de *kyste* arrondi, translucide, au niveau de

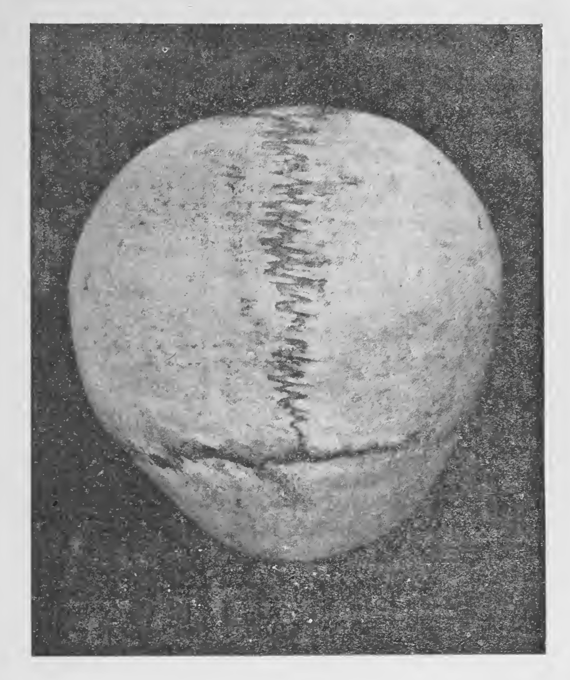


Fig. 16. — Crâne de Marie Baisse...

l'espace interpédonculaire, et en avant du chiasma des nerfs optiques qui se trouvent soulevés par le kyste. Celui-ci, en arrière du chiasma, forme une sorte de prolongement ou saillie comme un mamelon. Ce kyste a environ deux centimètres de diamètre et forme une saillie d'environ un centimètre et demi. En arrière du bulbe, entre les deux hémisphères cérébelleux, au niveau du sillon qui les sépare, existe un *second kyste* allongé dans le sens transversal, ayant près de 3 centimètres dans ce sens, et 2 centimètres de hauteur. Deux petits sillons le séparent en deux parties et lui donnent un aspect bosselé. Les kystes

sont transparents. L'antérieur est bleuâtre, le postérieur légèrement citrin. Le petit mamelon du kyste antérieur répond à l'insertion de la tige pituitaire. Le kyste antérieur communique avec les ventricules, augmente si on les comprime et diminue si on les laisse se dilater. Le *corps pituitaire* est un peu épais, mais large, et d'une coloration grisâtre prononcée.

Les *nerfs optiques* sont très atrophiés et ont à peine deux millimètres de diamètre. Ils présentent une teinte vitreuse. Les *bandelettes* sont réduites à une mince couche. Les *tubercules mamillaires* sont tout-à-fait aplatis. Les autres nerfs de la base paraissent à peu près normaux. — Les artères sont symétriques. — La protubérance est un peu aplatie.

Lorsqu'on sépare le cerveau du cervelet, il s'écoule 70 grammes de *liquide céphalo-rachidien.* — Le *cervelet* est très volumineux. Son *lobe gauche* en particulier est tuméfié et on sent à la pression une masse dure dans sa partie antérieure. Au-dessus du plancher du quatrième ventricule, on aperçoit une tuméfaction jaune verdâtre, striée de consistance un peu molle, qui fait saillie à la face inférieure du lobe gauche du cervelet. En arrière de cette tuméfaction se trouve un *kyste*, arrondi et mamelonné, de volume à peu près égal à celui du kyste du cerveau.

La décortication du cerveau se fait assez facilement. On constate alors que l'hémisphère gauche est plus bombé que le droit, et donne la sensation de fluctuation, qui répond à ce que l'on voyait à la face supérieure.

Encéphale	1,375 gr.
Hémisphère cérébral droit	555
— — gauche	544
Cerveau	1,100
Cervelet et isthme	200
Hémisphère cérébelleux droit	65
— — gauche	110

Examen histologique, par M. A. Pilliet, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité. — Il a porté sur des fragments de la moelle cervicale, cervico-dorsale, dorsale et lombaire. Les coupes étaient colorées à l'hématoxyline pour les tubes nerveux ou au carmin d'alun pour les cellules. La *moelle* est symétrique dans toute sa longueur; il n'existe pas de tache isolée de dégénérescence. Le canal épendymaire est régulier et non dilaté.

Dans la *substance grise,* on constate surtout la diminution du nombre des cellules motrices. Elle est très accentuée au niveau du renflement cervical. Dans la région lombaire, où les cellules motrices sont si abondantes normalement, on les trouve espacées les unes des autres, et peu nombreuses. — Leurs prolongements sont distincts ; à part l'état ratatiné de leur corps protoplasmique, qui est dû à l'action prolongée du bichromate de potasse, elles ne paraissent pas avoir subi de dégénérescence. La lésion est donc purement quantitative. On la retrouve, quoique plus difficile à constater, sur les cornes postérieures qui sont très courtes dans les régions dorsale et lombaire. La colonne de Clarke n'est pas bien individualisée nulle part.

Les *cordons blancs* ont une trame interstitielle très abondante en éléments cellulaires, souvent groupés par petits amas étoilés qui sont surtout marqués sur les cordons antéro-latéraux et font défaut dans les cordons postérieurs. Les tubes nerveux sont d'un diamètre extrêmement étroit dans les cordons latéraux, à la périphérie de la substance grise. On en rencontre un grand nombre qui n'ont que 1 à 2 centimètres de diamètre. A côté d'eux se trouvent des tubes dont le cylindre d'axe est au contraire volumineux et dont les couches concentriques de myéline sont nombreuses ; mais ils sont rares dans cette région des petits tubes. En revanche, ils constituent uniquement la périphérie des cordons blancs.

En résumé, diminution quantitative des cellules de la substance grise ; prolifération du tissu interstitiel des cordons blancs; très petit volume des tubes nerveux dans les cordons latéraux, telles sont les trois sortes de lésions que l'on trouve dans les différents points de l'axe spinal.

Ainsi que nous l'avons dit, dans la très grande majorité des cas de *tumeurs du cervelet,* il survient une *hydrocéphalie symptomatique* entraînant fatalement une dilatation des *ventricules latéraux* et du *troisième ventricule.* A cet égard, les observations publiées par les auteurs ne laissent subsister aucun doute. Mais, fait assez singulier, aucun à notre connaissance, ne fait mention de l'état des *os du crâne.* Cet oubli se conçoit très bien quand il s'agit d'observations ayant trait à des malades adultes, dont le crâne, parvenu à son complet développement, avait des sutures inextensibles. Il en est de même des observations de tumeurs du cervelet concernant des enfants ou des adolescents, chez lesquels les sutures pouvaient encore s'écarter sous l'influence de la pression exercée par l'hydrocéphalie ventriculaire. Il a dû aussi se produire, sinon dans tous ces cas, au moins dans

quelques-uns d'entre eux, des lésions analogues à celles que nous avons notées chez Marie Baiss... et chez le malade précédent Berl... Chez Marie Baiss..., comme chez Berl..., nous avons observé exactement les mêmes lésions mécaniques du côté des os du crâne *(Fig. 14)*.

Dans le cas de Marie Baiss.., comme dans celui de Berl.., l'*écartement des os* et la *distension des sutures* étaient arrivés à un degré très prononcé. Nous nous sommes demandés quelle était la première phase du processus pathologique qui aboutit à cette distension curieuse des sutures. Nous pensons que l'explication nous est peut-être fournie par les lésions que nous avons constatées dans les observations de Dufoul...., Martin..., consignées dans notre *Compte rendu de Bicêtre*, pour 1892 (p. 167, 172, 204, 206). Chez les malades qui en font le sujet, nous avons vu se produire dans la substance intersuturale une prolifération de tissus, très intense, aboutissant à la production d'une sorte de bourrelet vasculaire, et cela sous l'influence d'une *méningo-encéphalite*, point de départ d'une *hydrocéphalie ventriculaire symptomatique.*

Que l'hydrocéphalie soit symptomatique de méningo-encéphalite ou de tumeurs de l'encéphale, elle a toujours une issue fatale.

§ III. — Considérations cliniques et anatomiques sur l'hydrocéphalie chronique.

Les travaux publiés jusqu'ici sur l'hydrocéphalie chronique sont les uns de simples observations isolées et commentées, les autres des articles généraux de dictionnaire ou de traités de pathologie où la bibliographie a souvent tenu compte d'expérience. Les monographies spéciales sont rares. Aussi nous croyons-nous autorisés à tenter un essai très bref de nosographie sur cette affection, d'après nos observations.

Symptomes objectifs. — 1° *Examen de la tête.* Le premier symptôme qui frappe à l'examen de l'hydrocéphale, c'est la *malformation du crâne.* Cette malformation consiste le plus généralement en une augmentation de tous les diamètres sauf dans les cas de scaphocéphalie où le diamètre antéro-postérieur est seul accru, le crâne ayant subi comme une sorte de dépression bi-latérale. Nous avons eu l'occasion d'observer, sans toutefois pouvoir en relever l'histoire, un

enfant présentant la déformation opposée à la scaphocéphalie : Le crâne, déprimé d'avant en arrière, était latéralement élargi, offrant la forme du chapeau de gendarme (1).

Les observations que nous avons recueillies ne nous permettent pas de comparer diamètre par diamètre les crânes hydrocéphales aux types normaux, nos sujets sont tous très jeunes et d'âges différents, mais la comparaison sera fructueuse si nous la faisons porter sur le rapport des principaux diamètres antéro-postérieur et transversal, c'est-à-dire sur l'indice céphalique. Cet indice est environ de 1,30 chez l'adulte normal. Dans la presque totalité de nos observations l'indice céphalique est inférieur à la normale. La moyenne de nos cas donne aux hydrocéphales ordinaires un indice de 1,16. Nous pouvons en tirer cette règle que, chez les hydrocéphales simples, la distension du crâne s'opère surtout aux dépens du diamètre transversal. Certaines particularités confirment cette règle : nos malades les plus atteints et dont le crâne est le plus distendu ont un indice qui approche (Cœur... 1,10) et atteint même (Ess... 1) l'unité. Dans ces cas, le grand diamètre transversal ou bi-pariétal égale l'antéro-postérieur.

Les *scaphocéphales* forment une classe tout à fait différente où le diamètre antéro-postérieur a surtout subi la distension. Ces malades, du reste tout particuliers, n'ont généralement qu'un faible épanchement dans les ventricules. Leur indice céphalique dépasse l'indice normal, il est en moyenne de 1,35. La différence entre ces rapports est moins grande que l'aspect des crânes pourrait le faire croire, mais cela tient à ce que le siège de l'aplatissement porte plus sur la partie antérieure du crâne que sur la région bi-pariétale.

La comparaison des autres mensurations crâniennes doit à notre avis, se borner à celle de la circonférence horizontale maxima ; seule, cette mensuration nous paraît suffisamment précise, les points de repère qui guident la mesure des autres ne sont pas assez bien déterminés pour ne point donner lieu à de grossières erreurs. Si l'on songe que la circonférence horizontale maxima du crâne chez l'Européen adulte vivant est, selon M. Topinard, de 545 mm., on se rendra facilement compte par le tableau suivant de la distension crânienne des malades que nous avons observés :

(1) Le Musée Dupuytren possède deux exemples, atténués, de cette forme particulière du crâne.

	Noms.	Age.	Circonf. horizon. maxima.	Indice céphalique.	Quantité de liquide.
Hydrocéphalie simple.	Esse......	2 ans.	500 mm.	1 »	960 gr.
	Lob.......	2 ans.	510 —	1.15	1000 gr.
	Gard	2 ans.	480 —	1.14	500 gr.
	Esc.......	4 ans.	580 —	1.15	Vivante.
	Vign......	6 ans.	660 —	1.09	2180 gr.
	No. Juli...	12 ans.	700 —	1.26	Vivante.
	Cœur......	13 ans.	625 —	1.10	120 gr.
	Gren......	16 ans.	580 —	1.50	100 gr.
	Revill.....	17 ans.	615 —	1.22	
	Chev. A...	18 ans.	590 —	1.18	150 gr.
	Pet.......	21 ans.	602 —	1.13	Vivant.
Hydrocéphalie enkystée.	All......	2 ans.	595 —	1.14	1650 gr.
	Sor......	6 ans.	540 —	1.10	140 gr.
Scaphocéphalie	Chev. G...	8 ans.	551 —	1.40	30 gr.
	Charm	9 ans.	545 —	1.27	300 gr.
	No. A.....	15 ans.	480 —	1.26	90 gr.
	Moq	19 ans.	570 —	1.36	Vivant.
Hydrocéphalie symptomatique	Han	13 ans.	500 —	1.30	70 gr.
	Baiss	10 ans.	575 —	1.03	120 gr.
	Berl	14 ans.	560 —	1.23	600 gr.

Nos observations portent donc sur des cas d'hydrocéphalie considérables sans cependant atteindre le fameux crâne du musée des chirurgiens de Londres qui a 91 cen. de pourtour, ni celui de l'observation d'Esquirol, qui atteignait 87 cen. Remarquons toutefois que ces malades-phénomènes avaient l'un 23 ans, l'autre 25 ans.

Les *fontanelles* sont le plus souvent perceptibles chez les très jeunes hydrocéphales, elles disparaissent et se solidifient chez les plus âgés. Il en est fréquemment de même pour les *sutures*, nous reviendrons du reste sur ce sujet en traitant de l'anatomie pathologique. Nous avons entendu le souffle hydrocéphalique et perçu des pulsations très nettes chez nos malades dont les fontanelles persistaient et surtout

chez Esse... Ces dernières étaient synchrones avec les battements du pouls.

La forme du crâne n'est pas ordinairement symétrique, presque tous nos malades avaient un degré de plagiocéphalie plus ou moins accentué. Au front, chez tous fort développé, succédait chez la plupart une dépression sourcilière et le visage, triangulaire, n'était pas en rapport le plus souvent avec l'énormité du crâne. Cependant des exceptions assez nombreuses existaient à ce sujet. Nous n'insisterons pas sur la physionomie : un simple regard jeté sur les figures publiées au cours de ce travail en dira plus long qu'une description imparfaite. Nous ne saurions pourtant passer sans dire un mot du *port de la tête* chez les hydrocéphales. Les adultes que l'on peut considérer comme guéris ou les enfants de la seconde enfance tiennent, en général, la tête assez correctement, bien qu'elle ait toujours tendance à s'incliner en avant. Les hydrocéphales du premier âge, surtout si la maladie est très accentuée, ne peuvent maintenir la tête verticale : ils la laissent tomber soit en avant, soit en arrière, souvent même sur un côté. Ce symptôme est fréquemment celui qui attire le premier l'attention des parents et amène à constater l'hydrocéphalie.

2° *Examen du corps.* — Le *thorax* présente assez souvent (dans près de la moitié des cas) des *déformations* qui peuvent être attribuées au rachitisme. Les uns sont atteints d'une légère cyphose, de cypho-scoliose ou de scoliose pure, à concavité droite ou gauche, et portant aussi bien, selon les cas, sur la région lombaire que sur la région dorsale. Les autres présentent simplement le chapelet rachitique ou l'exagération de la courbure de l'angle postérieur des côtes. Un grand nombre d'hydrocéphales ont néanmoins le thorax parfaitement conformé et développé. L'*abdomen*, chez les enfants les plus infirmes, est parfois volumineux et distendu. Le *bassin* n'offre de déformation que chez les cyphotiques ou les scoliotiques et ces modifications sont purement de compensation.

3° Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont fréquemment le siège de *demi-contractures* des muscles, de raideurs articulaires, dues, semble-t-il, à un léger degré de *paralysie spasmodique*, d'origine purement cérébrale, qui pourrait être considérée en quelque sorte comme un léger degré de la maladie de Little. Dans quelques cas où l'hydrocéphalie est énorme et dans les deux cas où elle est symptomatique de tumeur du cervelet, la paralysie, portant plus spécialement sur les membres inférieurs, empêche tout fonctionnement de ces organes. Dans trois cas, la paralysie affectait la forme hémiplégique. Parfois

la contracture se complique de déviations des pieds en varus équin. Les *réflexes* patellaires, le plus souvent normaux, manquaient absolument chez Ess... Nous avons constaté une fois (Marie Baiss...) la trémulation épileptoïde. Dans la plupart des cas, il n'y avait pas de malformation rachitique notable des membres.

4° *Motilité. Préhension. Marche.* — La *Motilité* est en raison directe du degré de paralysie et de contracture, nous ne l'avons jamais vue complètement abolie. Quant à la coordination des mouvements, elle dépend à la fois de la paralysie et de l'intelligence. — La *préhension* s'exécute le plus souvent avec régularité. — La *marche* qui, chez les plus jeunes et les plus atteints de nos malades, n'a pu se développer, est chez tous les hydrocéphales notablement retardée. Les plus précoces commencent à marcher à 13, 14 ou 15 mois, souvent ils ne l'apprennent qu'à 2, 3, 4 et même 6 ans. Pet..., un de nos malades les mieux constitués physiquement, qui a 21 ans et est parfaitement musclé et développé, n'a commencé à marcher qu'à 4 ans. En général, la marche est lourde, traînante, compliquée d'une sorte de balancement latéral. Le corps est souvent penché en avant et l'enfant paraît courir vers son centre de gravité déplacé en avant par le poids de sa tête. Quant au retard de la marche chez les enfants qui se sont développés malgré leur hydrocéphalie, nous croyons pouvoir l'attribuer à la négligence des personnes qui devraient les éduquer. Peti..., peu soigné par sa famille, n'a appris à marcher qu'à 4 ans, tandis que la petite Valentine Esco..., objet de toute la sollicitude de sa mère et de sa sœur, marchait dès l'âge de 14 mois.

5° *Sensibilité générale.* — La sensibilité générale à la piqûre et au froid existe chez tous nos malades. Les plus atteints par l'hydrocéphalie (Ess... par ex.) réagissaient à la piqûre et au froid. Il nous semble difficile chez les enfants intelligents de pousser plus loin qu'une simple constatation l'étude de la sensibilité et de rechercher de quel degré elle est chez eux supérieure ou inférieure à la normale. Bornons-nous à relater que, chez nos hydrocéphales les plus avancés, la sensibilité existait nettement tout en paraissant obtuse, que le froid modéré amenait des réactions plus violentes que la piqûre, que les parties exposées à l'air, telle que la face, paraissaient un peu moins sensibles.

6° *Organes des sens.* — L'*ouïe*, l'*odorat*, le *goût*, ne nous ont pas paru très profondément modifiés. Il n'en est pas de même de la *vue*. Les hydrocéphales les plus accentués, tels qu'Ess.. ., paraissent être complètement aveugles. Presque tous ont la vue faible et sont très

myopes. On ne constate pas généralement de troubles prononcés de la motilité de l'œil, ni des réflexes de la pupille.

7° *Nutrition en général.* — La nutrition générale de l'hydrocéphale est presque normale chez les malades qui ne sont pas de véritables monstres. Certains même jouissent d'une excellente santé et sont dans un état d'embonpoint des plus satisfaisants. Chez les malades dont l'hydrocéphalie est énorme, il y a un ralentissement considérable de la nutrition. Anémiés, lymphatiques, la plupart tombent dans une cachexie progressive et meurent le plus souvent de congestion pulmonaire.

Ce ralentissement de la nutrition se manifeste par une *diminution notable de la température du corps.* La température rectale varie chez ces malades entre 36°,2 et 37°, alors que normalement elle oscille entre 37° et 38°.

Il serait intéressant d'étudier chez les hydrocéphales les variations de la composition des *urines.* Il doit certainement y avoir des troubles dans l'élimination de l'urée, des dérivés azotés, des chlorures et surtout des phosphates. Nous espérons arriver à combler cette lacune.

8° *Développement.* — L'accroissement en *poids* et en *taille* se fait normalement chez les enfants qui ne sont pas paralysés. Chez les paraplégiques, les membres inférieurs, atrophiés à un degré plus ou moins prononcé, ne permettent pas de comparer le développement de l'infirme à celui d'un enfant normal. Au point de vue de la *puberté*, chaque hydrocéphale forme un type à part ; mais l'examen de nos observations démontre amplement que, si certains hydrocéphales comme Peti... se développent régulièrement, nombre d'autres ont les testicules atrophiés ou en ectopie. Quant à la *dentition*, elle est généralement retardée, mais l'épanchement hydrocéphalique ne semble réagir en rien sur la conformation des dents ; beaucoup de nos malades avaient des dents magnifiques et parfaitement rangées.

9° *Accidents convulsifs.* — Les accidents convulsifs sont les symptômes de début de l'hydrocéphalie. Fréquemment l'augmentation de volume de la tête coïncide, chez le jeune enfant, avec une série de crises convulsives plus ou moins intenses et ne présentant aucun caractère permettant de les différencier des crises éclamptiques des enfants en bas-âge. Ces crises sont quelquefois très fréquentes et marquent en général une étape en avant de la maladie. Lorsque l'augmentation du liquide cesse, les crises disparaissent ordinairement. Elles persistent cependant chez certains, revêtant alors le caractère comitial, de sorte que le malade peut être considéré comme

atteint d'*épilepsie symptomatique*. On pourrait rapprocher de ces crises les *poussées congestives* et les *accès de colère* fréquents chez les hydrocéphales.

Quant aux *tics*, ils n'affectent jamais ici le type convulsif et leur coordination en fait dans ces cas plus un trouble psychique qu'un symptôme somatique.

Etat mental des hydrocéphales. — Il est difficile de tracer un tableau net et précis de l'état mental des hydrocéphales en général. Doit-on le considérer comme un idiot plus ou moins complet ou un imbécile ? Personne ne saurait répondre à pareille question, car les malades que nous avons pu observer offraient des dissemblances psychiques considérables. Comme chez tous les enfants arriérés ou idiots, l'inattention, l'instabilité forment le fond de leur caractère. Ils possèdent tous les instincts, mais lorsque l'hydrocéphalie est très développée, elle en fait de véritables êtres végétatifs. Ils sont ordinairement affectueux pour ceux qui s'occupent d'eux et si, chez Pet..., l'affection familiale a disparu, on peut l'attribuer au raisonnnement sommaire qui fait que le jeune homme reproche à sa famille la prolongation de son internement. Les sentiments sociaux et moraux existent chez presque tous. No... (Julie) se rend parfaitement compte de la hiérarchie, se moquant des infirmières et obéissant aux surveillantes et cette enfant est pourtant gâteuse. Esco... a des sentiments de pudeur et d'affection très vifs. Mais le penchant caractéristique des hydrocéphales est la vanité. Chez les petites filles, la vanité se traduit par le bavardage et surtout par la coquetterie. Chez les garçons, cette vanité se traduit souvent par de la prétention, de la fatuité, qui les rend suffisants et paresseux. Le *langage* se développe assez facilement chez eux bien que la mémoire soit généralement mauvaise. Le début de la parole est tardif. L'enfant commence le plus ordinairement à prononcer quelques mots à 15 ou 20 mois, mais certains n'ont appris à parler qu'à 3, 4 et 5 ans. La *volonté*, chez la plupart, est à peu près nulle. L'entêtement relatif de certains et leurs accès de colère sont déterminés par un trouble apporté dans leurs habitudes, les obligeant à prendre une initiative quelconque et par conséquent mettre en jeu leur volonté. Certains de nos malades présentent des *tics coordonnés*, se bornant au balancement. Chez une petite fille (Lucie), un de nous (1), a observé le phénomène de l'écholalie.

Nous conclurons de ces réflexions qu'au point de vue mental,

(1) Noir (J.). — *Etude sur les tics.*

l'hydrocéphale ne forme pas un type encore bien défini ; que son cerveau fonctionne psychologiquement assez mal, mais que les lacunes qui caractérisent ce mauvais fonctionnement sont nombreuses et varient avec chaque individu. Remarquons toutefois que l'état psychique n'est pas en rapport direct avec le degré de l'hydrocéphalie et les symptômes somatiques. La petite No... (Julie), qui a une circonférence maxima du crâne égalant 700 millimètres, qui est gâteuse et paralytique, cause correctement, a l'intelligence assez développée et raisonne même parfois assez judicieusement, tandis que Mocq..., mieux constitué au point de vue somatique, est resté idiot. Certains hydrocéphales même peuvent être, au point de vue psychique, considérés comme des enfants presque normaux, témoin la petite Esco... dont nous relaterons l'observation plus loin. L'observation de No... dont nous avons parlé à diverses reprises, trouve, ici, sa place naturelle.

Obs. XX. — Hydrocéphalie.

Sommaire. — *Père, enfant naturel. — Grand-père paternel, ivrogne. — Grand'mère paternelle, coléreuse, morte avec ascite (?). — Oncle paternel, ivrogne. — Tante paternelle, morte enfant de convulsions. — Têtes volumineuse dans la famille du père (?). — Mère, convulsions à 18 mois, fièvre typhoïde avec délire à 10 ans. — Grand-père maternel, absinthique. — Grand'mère maternelle, migraineuse. — Pas de consanguinité.*

Conception, grossesse, accouchement : rien de particulier. — Tête petite à la naissance. — Hernie ombilicale. — Imperforation incomplète de l'anus. — Sevrée à 18 mois. -- Début de l'accroissement de la tête à 10 mois. — Parole à 2 ans. Première dent à 5 mois. Dentition complète à 2 ans. — Ne marche pas. — Rougeole à 5 ans. Varioloïde à 7 ans. — Etat actuel. Description de la tête. Cyphoscoliose. — Contracture des jambes. Gâtisme. Puberté. Menstruation. Etat mental.

No... (Julie), née le 23 avril 1882, entre le 17 juin 1892 à la Fondation Vallée (Service de M. Bourneville).

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère*, le 25 juin 1892). — *Père,* enfant naturel, 33 ans, doreur sur bois, n'a jamais eu d'affection diathésique, ni professionnelle. Il est calme, sobre, bien portant. [*Famille du père. Père,* ivrogne, mort à l'hôpital Saint-Louis d'une affection de la langue. — *Mère,* nerveuse, coléreuse, sans crises d'aucune sorte, sujette à des douleurs de tête après son retour d'âge. Elle était sobre, a vécu maritalement avec le père jusqu'à la mort de ce dernier et se maria ensuite. Elle mourut d'une affection probablement hépa-

tique ou ovarienne caractérisée par de l'ascite sans œdème des extrémités. — Deux *oncles maternels* en bonne santé, sobres.— Deux *frères:* 1° l'un a 40 ans, est ivrogne, a les défauts de son père ; 2° le second, 28 ans, est sobre. — Une *sœur*, morte à la suite de couches d'une affection aiguë, avait eu trois enfants dont un mort en naissant, le second mort tuberculeux, le troisième est bien portant. Chez aucun de ces enfants, l'on ne constata d'accident nerveux ; — une *demi-sœur* (de mère), morte à 3 ans 1/2 d'accidents méningitiques avec convulsions. Aucun renseignement sur les grands-parents, ni sur le reste de la famille.

Mère, 33 ans, fleuriste, a eu à diverses reprises, jusqu'à l'âge de 18 mois, de nombreuses crises convulsives. Fièvre typhoïde à 10 ans avec délire, sans trouble psychique consécutif. Aucun accident nerveux. Physionomie bonne, régulière ; intelligence ordinaire, instruction médiocre. Sa tête est de volume normal, elle ne l'aurait jamais eue volumineuse. Elle prétend que du côté du père de l'enfant, tout le monde avait la tête fort grosse (?). — [*Famille de la mère.* — *Père,* 60 ans, bien portant, mais violent, méchant, *alcoolique*, absinthique, battait souvent sa femme.— *Mère*, morte à 62 ans, de bronchite chronique (?); migraineuse, elle avait tous les mois des accès qui l'obligeaient de se mettre au lit. Très vive, même coléreuse. — *Grands-parents paternels* et *maternels* vigoureux, sobres, travailleurs, habitaient la campagne; renseignements peu précis à leur sujet. — Un *oncle*, cocher, faisait parfois des *excès de boisson*, est mort par accident à 57 ans. — Une *tante maternelle*, 51 ans, est méchante, hargneuse, n'a pas d'accidents nerveux ; elle a des enfants et des petits-enfants tous bien portants. — Une *sœur*, 27 ans, est bien portante, intelligente; elle a une petite fille qui a 29 mois, paraît forte et intelligente. Aucun autre antécédent pathologique, ni psychique connu dans le reste de la famille de la mère].

Pas de consanguinité. (Père des Vosges, mère de Paris). — Egalité d'âge. — Ils n'ont eu qu'une *enfant*.

Notre malade. — Rien de particulier lors de la *conception* qui eut lieu dès les premiers jours du mariage. — *Grossesse* absolument sans accident à part une syncope à 6 semaines, sans conséquences. — *Accouchement* spontané et à terme, sans anesthésie, ni ergot. Durée totale du travail : 18 heures. A la *naissance*, l'enfant était bien portante, vive ; la tête était petite, au point que les bonnets que la mère avait préparés dans la layette étaient trop grands. Deux faits anormaux à signaler : 1° la chute du cordon ombilical la nuit même de l'accouchement, ce qui donna lieu à une hernie ombilicale ; 2° *imperforation*

de l'anus que la sage-femme aurait percé avec la tête d'une épingle (?).

Allaitement maternel au sein. Noi... fut sevrée à 16 mois, car elle prenait mal le sein et pleurait très fréquemment. Jusqu'à 10 mois, la tête de l'enfant se développa mais non dans des proportions inquiétantes. A cette époque, elle se mit à augmenter et à un an, elle était, selon sa mère, presqu'aussi grosse qu'aujourd'hui. *Jamais l'enfant n'aurait eu de convulsions. Début de la parole* à 2 ans. Première dent à 5 mois. Dentition complète à 2 ans. L'enfant n'a jamais marché.

Rougeole assez grave à 5 ans, compliquée d'anasarque et de trouble angineux, peut-être y eut-il aussi scarlatine. A 7 ans, varioloïde légère ; Noi... avait été, du reste, vaccinée avec succès à un an. Pour tout accident scrofuleux, quelques légères adénites cervicales non suppurées. Aucun trouble respiratoire, ni digestif, si ce n'est le *gâtisme;* jamais de vers intestinaux.

L'enfant serait sujette à des *céphalalgies* fréquentes, se répétant plusieurs fois par mois. Elle se plaint alors de douleurs sourdes dans la région occipitale qui lui donnent des *nausées* fréquentes, mais rarement de *vomissements.* Ces accidents dureraient environ deux heures et cesseraient à la suite d'applications d'eau sédative. Elle se sert bien de ses mains, mais ses jambes n'ont jamais pu la soutenir. Très émotive, elle a peur de tout et un rien la fait pleurer. La mère n'a remarqué ni kleptomanie, ni pyromanie, ni clastomanie, ni onanisme. Elle ne sait ni lire, ni écrire, mais elle a une mémoire assez développée. Elle aurait une prédisposition particulière au chant, n'a aucun goût pour les travaux manuels, étant du reste fort maladroite. Elle est très affectueuse pour tous ceux qui l'approchent, même les animaux. Propre, même coquette dans sa personne, elle est très soigneuse et ne casse jamais ses jouets.

Etat actuel. (22 juin 1892). — Enfant petite pour son âge, pâle et maigre, à physionomie assez expressive. Cheveux châtains foncés, longs d'environ 25 centimètres, assez clairs semés. — *Crâne* énorme, de forme quadrilatère, pas d'asymétrie apparente. Bosse occipitale très proéminente, bosses pariétales non saillantes ; bosses frontales très marquées ; pas de traces de fontanelles. — *Front* large (12 cm.), élevé (17 cm.), découvert. — Arcades sourcilières non saillantes. Fentes palpébrales moyennes, léger chémosis. Orbites assez grands, sourcils châtains foncés peu abondants. Cils noirs d'une longueur moyenne. — *Yeux* sans exophtalmie, léger *strabisme* interne, pas de nystagmus. Sensibilité de la cornée normale. Iris châtain foncé, pupilles inégales (la gauche paraît plus dilatée que la droite, mais à

un nouvel examen l'inverse paraissait se manifester) ; réactions pupillaires normales à la lumière et à l'accommodation. L'enfant distingue toutes les couleurs ; on doit cependant lui rappeler le nom du violet. Pas de trouble accentué de la vue.

Nez droit, long, à narines regardant en bas et en avant, sans déviation de la cloison. L'enfant respire normalement par le nez et distingue les odeurs. — *Pommettes* peu saillantes, symétriques. — *Lèvres* assez minces. *Bouche* : largeur 4 cent. 5, horizontale. *Voûte palatine* profonde. *Langue, voile du palais, amygdales* normaux. Le *réflexe pharingien* existe. Le *goût* est absolument normal. *Dentition* régulière, en voie de rénovation. *Menton* assez petit. — *Oreilles* à pavillon mince, aplati, rapproché du crâne, lobule détaché, petit. *Ouïe* normale.

Cou : circonférence 28 centimètres 5. Corps thyroïde peu développé. — *Membres supérieurs.* — Le moignon de l'épaule est un peu plus élevé à droite. Les membres sont faiblement musclés. Les mains et les ongles sont bien conformés : rien de particulier à l'examen des os et des articulations qui fonctionnent assez bien.

Membres inférieurs. — Cuisses assez grosses, la droite est cependant un peu moins volumineuse que la gauche. Les deux cuisses, à *demi-contracturées*, ne peuvent être complètement étendues, la cuisse droite surtout est maintenue par une corde rigide saillante au niveau de l'insertion iliaque du droit antérieur. L'abduction est limitée à droite par la contracture du droit interne. *Pied bot* varus droit.

Thorax volumineux, déformé, à direction oblique en bas et à droite. Saillie accentuée des fausses côtes gauches sur la ligne mamelonnaire. — *Cyphoscoliose* à convexité droite considérable. Déviation du bassin à gauche, plus élevé qu'à droite (*Fig.* 17)...

Puberté : Mamelles non développées, mamelons peu saillants, auréole de 2 centimètres de diamètre. — Pénil saillant, glabre. Grandes lèvres assez développées, glabres, petites lèvres peu développées. Clitoris recouvert par son capuchon qui a 7 à 8 millimètres. Vestibule profond. Hymen intact, percé d'un orifice ovalaire de 5 et 6 millimètres de diamètre. Fourchette accentuée.

Traitement : Deux bains salés par semaine. Exercices journaliers de gymnastique. Fréquents exercices des jambes.

Examen de l'état psychique (juin 1892). — La physionomie de l'enfant est expressive et intelligente malgré son infirmité. — La *parole* est nette, elle s'exprime très bien, correctement, est fort bavarde, répond à tout et comprend tout ce qu'on lui dit. Elle *aime* à *chanter* et à entendre chanter, mais sa voix n'a rien de mélodieux, malgré les

affirmations de sa mère. — Très indépendante, elle se croit tout permis, ne cède jamais à ses compagnes, qu'elle veut commander, et auxquelles elle se *croit supérieure.* Assez affectueuse pour les petites filles, elle l'est peu pour les grandes, et parle généralement d'elles en termes grossiers. Lorsqu'elle cause avec ses camarades, elle a toujours un ton d'autorité et de supériorité accentué, elle pose pour la « petite maman ». Elle respecte la surveillante et l'infirmière qui la soigne, mais en parlant des autres elle dit : « Je m'en moque ». Sa famille paraît jusqu'alors avoir cédé à tous ses caprices, aussi doit-on actuellement la tenir sévèrement. Les *sentiments affectifs* pour sa famille sont poussés très loin par elle ; elle regrette beaucoup sa grand'mère, morte récemment, et qu'elle compare « au bon pain ». Elle reconnaît néanmoins qu'elle est mieux ici que chez elle, et se rend assez bien compte de la nécessité que ses parents ont eu de la placer. — Elle a une *bonne mémoire*, se souvient et tient compte des observations qu'on lui fait. Elle ne sait ni *lire*, ni *écrire* et préfère

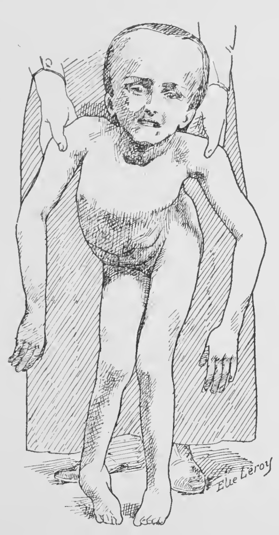


Fig. 17.

bavarder en *classe* qu'y travailler. Elle a des notions suffisantes des objets qui l'environnent, connaît les diverses parties de son corps, etc. En *gymnastique*, elle ne peut faire aucun mouvement. — A l'*ouvroir*, elle tient bien son aiguille et paraît animée de beaucoup de bonne volonté.

18 novembre. Apparition de la *menstruation* pour la première fois ; l'enfant n'a pas souffert, ne s'est même pas rendu compte de ce qui lui arrivait. Le flux menstruel a duré un jour et une nuit. Elle est actuellement un peu plus aimable avec ses compagnes, mais toujours vaniteuse et menteuse.

Température rectale des 5 premiers jours :

Juin 1892.	20	21	22	23	24
Matin.	36°,2	36°,3	36°,4	36°,5	36°,4
Soir.	36°,4	36°,2	36°,4	36°	36°,5

Mensurations de la tête.

	Juin 1892	Janvier 1893	Juillet 1893
Circonférence horizontale maxima...	70	70	70
Demi-circonférence bi-auriculaire...	43 5	43.5	43.5
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.....	50	50	50
Diamètre antéro-postérieur maxim..	23	23	24
— bi-auriculaire...........	14	14	14.5
— bi-pariétal..............	18.6	18.6	19
Hauteur du front.................	7	7	8

Décembre. — Les règles n'ont point paru ce mois, ni aucun progrès n'est à constater. Le gâtisme persiste, elle ne demande jamais à aller à la selle bien qu'elle se rende compte parfaitement de la nécessité de ne pas gâter volontairement...

Évolution et marche de l'hydrocéphalie. — Après avoir examiné les divers symptômes observés chez les hydrocéphales, il nous paraît possible d'indiquer en quelques lignes l'évolution de la maladie. Dans la plupart des cas, l'épanchement du liquide n'a lieu que quelques mois après la naissance, l'enfant jusque-là bien portant et normal, est pris d'accidents méningitiques, de crises convulsives. Parfois, ces

accidents éclatent par séries qui se reproduisent et chaque fois on note un développement exagéré de la tête que l'enfant ne peut plus maintenir droite. Les parents sont étonnés de ne pouvoir plus mettre aux enfants leur bonnet. Les crises convulsives, le plus souvent, disparaissent et, vers l'âge de 4 ou 5 ans, l'épanchement ayant atteint son maximum s'arrête. Les fontanelles s'oblitèrent, les os du crâne s'épaississent et l'hydrocéphale continue de se développer, restant toujours prédisposé aux maladies environnantes à cause du manque d'activité de sa nutrition générale. Le plus souvent il meurt entre 3 et 6 ans de broncho-pneumonie ou de méningite.

Etiologie et pathogénie. — Tous les hydrocéphales chroniques ont des antécédents héréditaires nerveux et psychiques. Il est fréquent de constater chez les ascendants les névroses, les maladies mentales, les intoxications, surtout l'alcoolisme. L'hérédité similaire est rare mais ne saurait être mise en doute ; l'observation de Peti... en est un remarquable exemple.

Obs. XXI. — Hydrocéphalie chronique.

Sommaire. — *Père, absinthique, rhumatisant. — Grand-père paternel, alcoolique. — Grand'mère paternelle, alcoolique, débauchée. — Oncle paternel tuberculeux. — Deux tantes paternelles tuberculeuses. — Mère : crises nerveuses, paralysie postdiphtéritique, émotive, dyspeptique. Grand-père maternel, asthmatique. — Grand'mère maternelle, cancer utérin. — Aïeul asthmatique (?). — Oncle maternel suicidé. — Tante maternelle aliénée. — Cousin, hydrocéphalie probable. — Demi-frère (de mère) tuberculeux. Sœur paraplégique. — Frère hydrocéphale. — Autre frère tuberculeux. — Autre sœur : hydrocéphalie légère, adénopathie. Conception probable durant l'ivresse. — Circulaire du cordon. — Allaitement maternel. — Parole : 3 ans. — Propreté : 2 ans. — Marche : 4 ans. — Parésie de la jambe droite. — Début de l'augmentation de la tête : 5 mois. — Fontanelle antérieure oblitérée à 2 ans. — Fracture de la cuisse. Rougeole avec accidents méningitiques à deux ans. — Période de 3 ans entre la chute de la dentition de lait et l'apparition de la dentition permanente. — Cauchemars. — Coqueluche. — Scarlatine. — Ophtalmie. — Etat actuel. — Puberté. — Notes de classe et d'atelier. — Hydarthrose. — Etat psychique.*

Peti... (Jean-Louis), né à Paris, le 16 mars 1873, entre le 16 mars 1883 à Bicêtre (service de M. Bourneville).

Antécédents. (Renseignements fournis par sa mère. — *Père*, 53 ans, homme de peine, eczémateux, atteint de rhumatisme chronique, a toujours joui relativement d'une bonne santé. Il n'a pas eu la syphilis. Alcoolique, absinthique, il a dû se corriger récemment à cause de la

pénurie des ressources du ménage. Vers 33 ans (âge où notre malade fut conçu), le père buvait ses quatre absinthes par jour, sans compter les nombreux verres de vin. Emporté, violent, il battait fréquemment sa femme. Très porté au coït après ses excès de boisson, sa femme est persuadée que notre malade a été conçu durant une période d'excitation absinthique. A part cela, il était bon ouvrier, intelligent et travailleur.

[*Famille du père.*— *Père*, charretier, mort écrasé à 63 ans, était très *alcoolique*, mais était vigoureux et bien portant. — *Mère*, morte à 60 ans, *buvait* aussi beaucoup, elle menait une vie des plus irrégulières, « se livrait à n'importe qui » et avait abandonné son mari et ses quatre enfants. Elle n'a jamais eu d'accidents nerveux. — Un *frère* est mort tuberculeux à 31 ans, étant soldat engagé. — Une *sœur* est morte à 47 ans de tuberculose pulmonaire : une *autre sœur* mourut à 20 ans des suites d'une *tumeur blanche du genou.* — Rien de particulier au point de vue neuropathique et psychique dans le reste de la famille du père.]

Mère, 53 ans, couturière, femme très nerveuse mariée à 35 ans, elle contracta après son mariage une angine couenneuse durant laquelle elle eut deux *crises de nerfs* et une *paralysie* complète, l'empêchant de remuer et de parler. Cette paralysie guérit assez vite, mais elle conserva durant longtemps, à la suite, une grande faiblesse de la vue. Elle est actuellement très émotive, est atteinte de phénomènes dyspeptiques d'origine nerveuse. Elle prétend avoir été dans sa jeunesse très intelligente et jouir d'une bonne mémoire. La physionomie de la mère, qui paraît intelligente, du reste, *ressemble un peu* à celle de notre malade. Comme lui, elle est blonde et a le front haut et bombé. (*Fig.* 18 et 19).

[*Famille de la mère.* — *Père*, mort à 67 ans d'un « asthme »(?), était peintre en voitures, il n'a présenté aucun accident saturnin ni nerveux, était sobre. — *Mère*, morte d'un cancer utérin. — *Grand-père maternel*, mort d'un « asthme » aux Invalides. Aucun renseignement précis sur les autres *grands-parents.* — Un *frère* aîné s'est *suicidé* par asphyxie, à 27 ans, à cause de l'inconduite de sa maîtresse dont il avait eu quatre enfants ; un seul de ces enfants est vivant et bien portant, les autres sont morts en bas-âge. — Un *autre frère*, mort d'angine couenneuse à la force de l'âge.— Deux *sœurs* mortes en bas-âge : l'une à 3 mois, l'autre à 2 ans, de rougeole. — Une *autre sœur* est internée depuis 20 ans à la Salpêtrière. La *folie* dont elle est atteinte aurait été provoquée par des chagrins de ménage. Elle aurait eu 10 enfants, le dernier serait né à la Salpêtrière. Aucun détail précis sur cette famille avec laquelle les parents de notre malade n'ont

pas de relations. Toutefois la mère nous affirme qu'un des enfants de cette demi-sœur aliénée serait mort jeune avec une *tête très grosse*. Cet enfant aurait néanmoins joui d'une certaine intelligence, il savait lire et écrire. — Aucun autre antécédent pathologique ou psychique dans la famille de la mère.]

Six *enfants* : 1° un *fils*, né d'un amant avec lequel la mère a vécu quelque temps avant son mariage, bien qu'elle prétende n'avoir jamais été débauchée ; ce fils, qui a 31 ans, a été amputé de la jambe dans son enfance, pour une *tumeur blanche* à l'hôpital Sainte-Eugénie. Il est atteint actuellement d'une affection oculaire que M. Delens, à Lariboisière, met sur le compte de la tuberculose ; — 2° une *fille*, décédée à 18 ans, d'une pneumonie. Cette enfant, intelligente, était *paraplégique* depuis l'âge de 4 ans et demi. Elle n'avait pas la tête grosse ; — 3° un *garçon*, mort à 15 mois, à l'hôpital Saint Antoine ; il était *hydrocéphale*, la grosseur de la tête avait rendu l'acccouchement laborieux ; il serait mort d'une *méningite ;* — 4° un *garçon*, mort à trois mois, du carreau; pas de convulsions, tête normale ; – 5° *notre malade ;* — une *fille*, âgée de 11 mois, que nous avons pu examiner à différentes reprises depuis l'époque (1883) où nous avons pris les antécédents jusqu'à l'époque (1893) de la publication de cette observation. La *fig.* 18 représente cette petite fille à l'âge de 11 mois; sa tête est bien celle d'une hydrocéphale. Les *fig.* 21 et 22 la montrent à l'âge de 4 et 5 ans. Cette enfant, assez maladive et très myope, a de petits ganglions engorgés à la région cervicale postérieure. Elle se plaint actuellement (1893) de douleurs de l'oreille gauche qui paraissent dues à sa dentition défectueuse. Elle est faible, souvent enrouée. Elle a eu de fréquents accès de spasme glottique, qui actuellement sont assez rares. La *tête de l'enfant est assez volumineuse et offre un type analogue à celle de sa mère et de son frère* (notre malade). Le front est large et élevé. Il y a asymétrie plagiocéphalique, les bosses frontale droite et pariétale gauche sont plus développées, l'occiput est proéminent. Les arcades sourcilières sont un peu saillantes, ainsi que les pommettes. Il y a un léger exorbitisme, dû probablement à la myopie. La mâchoire inférieure est volumineuse et prognathe. Les incisives dentelées ne peuvent s'unir lorsque la bouche est fermée. Les oreilles sont bien ourlées. Cette enfant a mauvaise mémoire, manque d'attention, elle parle correctement, mais est instable et coléreuse. Assez gaie, elle est désobéissante, et très entêtée. Elle est autoritaire, veut commander à ses autres compagnes, néanmoins elle est très affectueuse, même pour les animaux. Elle a peu d'amour-propre, ne se corrige pas de ses défauts,

bien qu'elle se rende parfaitement compte du bien et du mal. Elle est *onychophage* effrénée. Son intelligence est moyenne. Elle sait lire, écrire, faire les quatre règles, mais travaille sans goût et n'a jamais pu avoir un prix à l'école. Voici les mensurations actuelles de sa tête :

Circonférence horizontale maxima	520
1/2 circonférence bi-auriculaire	340
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	350
Diamètre antéro-postérieur	180
— bi-pariétal	154
— bi-auriculaire	132
Hauteur du front	100

Cette enfant, au dire de la mère, a été certainement *conçue durant l'ivresse*.

Notre malade. — *Conception* probablement durant l'ivresse. — *Grossesse* sans accident notable. — *Accouchement* à terme, spontané, sans accidents, sans intervention ni anesthésie. Pas d'asphyxie *à la naissance*, bien que le cordon fut autour du cou. — *Allaitement* au sein maternel ; sevré à 18 mois. Début de la parole à 3 ans ; n'a bien parlé qu'à 6 ans. Propre à 2 ans ; n'a marché qu'à 4 ans, *la jambe droite paraissait plus faible*. Début de la dentition : aucun renseignement.

C'est à 5 mois que la mère s'aperçut de l'*augmentation du volume de la tête*. Tous les jours, elle était, dit-elle, obligée de lui acheter de nouveaux bonnets. A 9 mois, à l'Hôtel-Dieu, on lui dit que son enfant était *hydrocéphale*. La *fontanelle antérieure* se serait oblitérée à 2 ans. *Il n'a jamais eu de convulsions*. A 3 ans, il se fractura la cuisse droite : soigné aux Enfants-Malades, il y contracta une rougeole fort grave compliquée d'*accidents méningitiques*. La fracture de la cuisse aurait été incomplète et le diagnostic aurait été fort discuté. A 4 ans, nouvelle fracture de la cuisse, soignée à l'hôpital Trousseau. Après la chute de sa première dentition, l'*enfant serait resté trois ans sans dents*. Mis à l'école à 5 ans 1/2, il n'y apprenait rien. Depuis sa sortie de l'hôpital Trousseau, il était taquin, tourmentait, battait même sa sœur infirme. Il était gourmand et vorace. Souvent coléreux, il se congestionnait parfois à en devenir bleu. Le sommeil est généralement bon, quelquefois cependant l'enfant a des *cauchemars*. Il se plaint assez fréquemment de douleurs frontales, mais n'a jamais eu de migraines ni de vomissements. Il digère bien, n'a pas de troubles respiratoires. Outre les affections déjà notées, il a eu la coqueluche à 5 ans 1/2 et la scarlatine à 8 ans. Ces maladies ont été légères. Récemment, durant 5



Fig. 18. — Pe... à l'âge de 10 ans ; sa mère et sa dernière sœur, âgée de 11 mois.

mois, il a été atteint d'ophtalmie à gauche (?) soignée par M. Gillet de Grandmont. — L'enfant n'a pas eu d'accident scrofuleux. Il ne grince pas des dents, n'a pas de tics, ni de manies.

1883. *Juin.* — Les notes de classe de l'enfant constatent qu'il travaille, qu'il a un caractère assez doux, ne manque pas de bonne volonté. Sa mémoire est faible, mais son jugement est assez développé ; il sait lire, écrire et compter.

1884. *Juin.* — Quelques progrès, la mémoire paraît s'être un peu développée, mais l'instituteur constate qu'il devient indocile et s'obs-

tine quelquefois mais pendant peu de temps. Il travaille avec goût à l'atelier de tailleur et commence à faire des coutures.



Fig. 19. — Pe... vu de profil à 10 ans.

1885. *31 janvier.* — *Puberté.* — Visage glabre ; pénil, bourses glabres. Testicule de la dimension d'une olive moyenne. Verge : circonférence : 45 millimètres ; longueur : 35 millimètres. Prépuce long, gland découvrable, méat normal.

Juin. — Les notes de classe et d'atelier sont peu satisfaisantes ; l'enfant est dédaigneux, son caractère devient mauvais. Il est très susceptible, emporté, paresseux, surtout à l'atelier, où il raconte que, puisqu'il est nourri, il n'a pas besoin de travailler.

1886. *Janvier.* — Bien que toujours signalé comme une « mauvaise

tête », Peti... a fait quelques progrès surtout à l'atelier où il fait maintenant le gilet.



Fig. 20. — Pe... vu de face à l'âge de 16 ans.

26 mars. — *Etat actuel.* — *Tête* énorme. *Crâne* de forme carrée; bosses frontales très volumineuses. Aplatissement au niveau des pariétaux. Occiput saillant. Pas de trace au palper, de fontanelles ni de sutures. — *Face* peu développée; front haut; arcades sourcilières plates; sourcils peu arqués, presque droits; paupières normales, cils assez longs, réguliers. *Yeux* à iris bleu clair ne présentant pas de lésions, ni d'anomalies. — *Nez* court, droit, petit; narines assez mobiles. Quelques taches de rousseur à sa base. Pas de parésie faciale.— *Lèvre* supérieure débordant l'inférieure. *Bouche* assez grande. *Langue* normale.

Dents très défectueuses, bord libre des incisives creusé en cupule. Articulation défectueuse, les mâchoires ne se touchent qu'au niveau

des premières molaires. Prognathisme supérieur très accentué. Menton assez petit et pointu.



Fig. 21. — La mère de Pe... et sa sœur à l'âge de 4 ans.

Cou court, assez grêle, pas de goître. *Thorax* assez bien conformé : cependant l'omoplate droite est plus élevée et plus saillante que la gauche. — *Cœur* et circulation, rien de particulier. — *Respiration* : rien d'anormal à la percussion, ni à l'auscultation. — *Abdomen*, normal. — *Membres supérieurs* assez musclés. Poignets, mains, ongles, rien de particulier. *Membres inférieurs* bien développés et normaux.

Sensibilités générale et *spéciales, motilité* : rien de particulier à signaler.

Puberté. — Cheveux châtains. — Reste du corps glabre. Testicules de la dimension d'une grosse noisette, le gauche est un peu plus gros. Verge : circonférence, 48 millimètres ; longeur, 35 millimètres.

Novembre. — Les notes de classe et d'atelier constatent que Peti... fait des progrès, mais est capricieux, emporté, grossier, paresseux, bien qu'il apprenne avec facilité.



Fig. 22. — La sœur de Pe... à l'âge de 5 ans.

Juillet. — Les notes d'école signalent qu'il devient de plus en plus capricieux, entêté et méchant, néanmoins il fait des progrès surtout à l'atelier où il fait bien le gilet et commence à travailler à la machine.

1888. — Dans le courant du mois de novembre, on a trouvé cachés dans des chiffons 20 fr. qu'il s'était procurés, dit-il, en vendant du tabac en détail. Toujours capricieux et méchant. On dut le mettre à la Sûreté de Bicêtre.

1889. — Peti..., plus raisonnable durant les premiers mois de l'année, après sa sortie de la Sûreté, ne tarda pas à reprendre ses premières habitudes. Son instituteur note, en juillet, qu'il est : « très

capricieux et emporté, grossier dans ses paroles, taquin et joueur. » L'onanisme n'a jamais été signalé. Le 15 juillet, il s'enivre en promenade au point de faire une chute dans laquelle il se blesse au front ; d'où nécessité de lui faire plusieurs points de suture et de le faire séjourner une semaine à l'infirmerie.

Puberté. (Juillet). Visage, aisselles, glabres, poils assez abondants au pénil, mais ne gagnant pas les aines. Verge : long. et circonf. 70 mm. Testicules égaux de la grosseur d'un œuf de pigeon. Phimosis, gland découvrable. Région anale normale, garnie de poils assez rares.

1890. — Le *3 juin,* en promenade, Peti... s'est évadé avec quatre de ses camarades, il fut retrouvé couché le long d'un mur ivre mort, après avoir, dit-on, exhibé sa verge devant une femme. Mis en cellule, il envoie, le 11 juin, une lettre au médecin lui demandant de le pardonner. Dans cette lettre le repentir paraît nettement tenir de ce qu'il « s'ennuie de trop dans cette cellule toute une journée sans rien faire et ça lui semble dur ». Il avoue avoir bu un café, deux verres d'eau-de-vie de marc, deux verres de rhum et une absinthe.

Les notes de l'instituteur sont toujours les mêmes : « emporté, sournois et méchant dans ses colères. »

1891. — *Puberté. (Juillet).* Très fin duvet sur la lèvre supérieure. Poils courts et très peu abondants aux aisselles. Tronc glabre. Fin duvet à la partie antérieure des cuisses et au-dessous du pli fessier. Poils châtains abondants au pénil, envahissant les aines. Verge : long. 75 mm.; circonf. 76 mm. Testicules égaux du volume d'un petit œuf de poule. Région anale garnie de poils abondants. — Les notes de l'instituteur sont les suivantes : « De plus en plus entêté et paresseux. Est toujours dans la cour avec le malade Rou... qu'il caresse et qu'il embrasse ; beaucoup de présomptions pour croire qu'il a avec ce malade des rapports *à posteriori* !!! Il est toujours avec des enfants vicieux, plus jeunes que lui. — Fumeur. Ses vêtements sont toujours propres et bien tenus. A l'atelier, on est content de lui, mais il est constaté qu'il travaille moins depuis quelque temps et est souvent « pensif ».

Septembre. — Il fait un court séjour à l'infirmerie, ayant mal aux yeux ; on constate une *kératite insterstitielle* et de la *conjonctitivite* qui cèdent aux lavages boriqués, au collyre, au nitrate d'argent et à un pansement occlusif.

1892. — Durant toute l'année, Peti... se plaint de ses yeux et prétend ne pas voir suffisamment pour travailler à l'atelier. Il a en effet les conjonctives injectées et est traité au moyen d'instillations de col-

lyre au sulfate de zinc. On lui donne en outre des bains salés et de l'huile de foie de morue.

5 avril. — Il entre à l'infirmerie, atteint, à la suite d'une chute sur le genou gauche, d'*hydarthrose* avec légère augmentation de la température générale. Vésicatoire, compression.

16 avril. — L'hydarthrose a disparu. Peti... sort de l'infirmerie.

27 juillet. — Récidive de l'hydarthrose. Compression. Il sort de l'infirmerie au début d'*octobre.*

Puberté. (Novembre.) Quelques poils très disséminés à la lèvre supérieure, poitrine glabre, aisselles garnies de poils assez fournis, bien implantés, pubis garnis de poils abondants, longs et frisés, se prolongeant dans les aines et remontant sur la ligne médiane. Verge : long. 90 mm.; circonf. 93 mm. Testicules égaux de la grosseur d'un petit œuf de poule. Région anale normale, garnie de poils abondants. Poils assez nombreux sur les fesses et à la partie supérieure des cuisses.

A l'école et à l'atelier, les maîtres ne donnent aucune note à cause des séjours prolongés à l'infirmerie. De plus Peti... prétend ne pas voir suffisamment pour travailler.

1893. — En *janvier* Peti... revient à l'infirmerie pour une récidive de son *hydarthrose* ; on lui fait des pointes de feu et de la compression ouatée, mais son indocilité l'empêche de retirer un avantage réel du traitement, de sorte qu'après plusieurs sorties et retours à l'infirmerie, nous retrouvons Peti... en juillet 1893, toujours porteur de son hydarthrose.

17 juillet. — *Examen du malade.* Rien de particulier à noter dans le développement de la puberté depuis novembre 1892. L'examen physique permet de constater : 1° l'état déplorable de la dentition, les incisives sont décharnées, érodées, comme vermoulues ; 2° l'hydarthrose du genou gauche ; 3° une légère exophtalmie, avec injection des conjonctives ; 4° un *léger strabisme* convergent de l'œil droit. Peti... n'a ni vertiges, ni tournements de tête, il peut lire mais est fatigué au bout de très peu de temps. Il ne se plaint ni de douleurs de tête, ni de migraines, ni de nausées, n'a jamais eu de vomissements. Sa sensibilité, ses sens, ses réflexes sont normaux.

Etat psychique. — Assez intelligent, instruit suffisamment, écrivant, lisant, parlant, comptant correctement. Peti..., qui jadis travaillait bien à l'atelier, paraît abuser de ses troubles oculaires pour ne plus travailler. Il paraît très aigri et s'est fabriqué un système de raisonnement qu'il sert à toutes les objections : « Je suis infirme, je ne

peux travailler, je resterai toute ma vie à Bicêtre, et je veux m'y laisser vivre sans rien faire. » Il traite sa mère et sa sœur avec une indifférence presque hostile, le tableau de leur misère le touche très médiocrement. Assez attentif aux paroles qu'on lui adresse, il répond d'une façon arrogante et comme sous l'empire d'une colère sourde, mal dissimulée. Sa mère étant sortie, nous lui reprochons son manque d'égards et la froideur presque hostile qu'il témoigne à sa famille. Il répond par des « hum ! » d'indifférence, puis après quelques minutes, il me dit : « Il y a longtemps que je suis ici, je voudrais bien m'en aller, j'en ai assez. »

En un mot, on peut synthétiser ainsi l'état psychique de Pet... : intelligence suffisante, mémoire médiocre, attention normale lui ayant permis d'apprendre assez bien le métier de tailleur et de s'instruire suffisamment ; jugement faux, le conduisant par le raisonnement à la paresse ; volonté faible expliquant ses emportements passagers et sa docilité ordinaire : sentiments affectifs médiocres.

Mensurations de la tête.

	1886 Mars.	1888 Juillet	1891 Juillet	1892 Janv.	1893 Juillet
Circonférence horizontale maxima.....	36	60.5	59.8	60.8	60.2
Demi-circonférence bi-auriculaire......	37	40.5	43	42	42
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez..........	35	41	41	41	41
Diamètre antéro-postérieur maxim....	19.3	18.7	18.5	19.4	20.2
— bi-auriculaire..............	18	17.5	17.5	17.6	17.8
— bi-pariétal.................		13.5	14.4	13.6	14.6
Hauteur médiane du front...........			6.8	7	7

Les légères différences observées à peu d'intervalles tiennent à l'abondance plus ou moins grande de la chevelure du malade.

	1883		1884		1885		1886		1887	
	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet	Janv.	Juillet
Poids.......	»	27.600	30.700	30.700	31.900	»	34.00	34.40	34.600	37.700
Taille......	»	1.22	1.25	1.27	1.28	»	1.330	1.340	1.390	1.410
	1888		1889		1890		1891		1892	
Poids.......	40.200	41.500	44.300	45.800	46.900	48.800	51.	52.400	54.	56.100
Taille.......	1.450	1.49	1.490	1.500	1.520	1.56	1.580	1.590	1.59	1.59

L'observation de Peti... est remarquable à deux points de vue ; l'*hérédité de l'hydrocéphalie* et l'*état mental* tout particulier du malade.

L'hérédité de l'hydrocéphalie est manifeste et les intéressantes reproductions des photographies de sa mère et de sa sœur sont les meilleurs et les plus indiscutables arguments que l'on peut fournir à cet égard. Dans une première photographie, nous voyons Peti... à l'âge de 10 ans, sa mère et sa sœur, âgée de 11 mois, présentant le même aspect ; tous trois ont le front très large et le crâne très développé. La figure suivante représente la mère et la même sœur, âgée de 4 ans et chez laquelle, le développement du front et du crâne est encore accentué. Enfin la dernière figure de l'observation nous montre à 5 ans la même enfant, sœur de Pet..., dont l'aspect général se rapproche de plus en plus de celui de notre malade. Nous n'insisterons pas plus longuement, persuadés qu'à ce sujet toute considération serait superflue.

Nous avons encore attiré l'attention sur l'*état mental* de Peti... Ce jeune homme est aigri, de méchante humeur, mal disposé à l'égard de sa famille. Il semble que la vanité et la fatuité, ordinaire chez les hydrocéphales, s'est transformée chez lui en orgueil et le pousse au dédain et au mépris de ceux qui l'entourent. La photographie qui le représente à l'âge de 16 ans exprime assez bien par le jeu de la physionomie l'état psychique du malade.

Parmi les causes déterminantes, les maladies de la grossesse tiennent certainement une grande part. Dans une de nos observations, l'hydrocéphalie paraît nettement déterminée par la variole de la mère au 5e ou 6e mois de la grossesse. Si certains naissent hydrocéphales, la plupart ne le deviennent qu'après les premiers mois et la cause pathogène de l'hydrocéphalie paraît être due à une inflammation chronique à poussées répétées des méninges intra-ventriculaires ou à la compression des vaisseaux de la base de l'encéphale par le développement d'une tumeur. Lorsque la première cause pathogène détermine l'épanchement, le cerveau est très lentement comprimé et petit à petit la dilatation ventriculaire gagne au point de faire disparaître ou de réduire à une mince paroi la substance cérébrale. Cette compression doit s'opérer très lentement au début, car elle ne détermine pas de dégénérescence des faisceaux de la moelle. La dilatation s'étend rarement au 4e ventricule et nous n'avons jamais observé de dilatation de l'épendyme et d'hydrorachis. Si, au moment où la dilatation se produit, l'éducation ou l'habitude a donné quelques facultés à l'enfant, il les conserve à l'état de réflexe après l'anéantis-

sement complet du manteau cérébral. Ainsi Ess..., dont le cerveau était réduit à une véritable vésicule, tournait la tête du côté de la personne qui l'appelait par son nom. Si l'épanchement n'en arrive pas au point de détruire le cerveau, si le malade se développe, il se produit vraisemblablement un phénomène d'hypernutrition des os du crâne par le fait d'une sorte de congestion passive déterminée par le liquide. L'examen des crânes des hydrocéphales ayant atteint 12 ou 13 ans, est un solide argument à l'appui de cette hypothèse. Tandis que les crânes des enfants de 3, 4, 5 ans, sont minces, transparents avec des fontanelles persistantes, ceux des hydrocéphales ayant dépassé 12 ou 13 ans sont épais, compacts, sans trace de fontanelles et présentent parfois la synostose de certaines sutures.

Lorsque la cause de l'épanchement est une tumeur, le liquide se produit plus rapidement que dans le premier cas et réagit sur le crâne d'une façon un peu différente. Il amène une disjonction des sutures, un écartement remarquable dans les observations de Marie Baiss... et de Berl... Néanmoins chez Marie Baiss.., la compression intra-crânienne n'a pas été assez brusque pour occasionner des lésions dégénératives des centres nerveux. La moelle, examinée par M. le Dr Pilliet, chef de laboratoire de la Charité, ne présentait chez cette enfant, atteinte d'une paraplégie spasmodique des plus accentuées, aucune dégénérescence des cordons tant antérieurs que postérieurs. Le faisceau pyramidal était parfaitement sain des deux côtés.

Diagnostic et pronostic. — Le *diagnostic* de l'hydrocéphalie chronique s'imposera le plus souvent. On pourrait la confondre avec *l'hyperostose des os du crâne* ou *l'hypertrophie du cerveau*. Dans ces cas les petites poussées méningitiques du début de la maladie pourraient servir au diagnostic différentiel. Nous rappellerons de plus que chez les hydrocéphales âgés, l'hyperostose crânienne se produit ordinairement. L'hydrocéphalie symptomatique de tumeurs encéphaliques donne lieu souvent à des céphalées, des vomissements bilieux qui ne sont pas ordinaires dans l'hydrocéphalie simple.

Le *pronostic* varie selon le degré de la maladie. Lorsque l'épanchement est considérable, l'enfant succombe d'habitude, avant d'entrer dans la seconde enfance. Si l'épanchement, moins considérable, a déterminé néanmoins de la paraplégie, il est rare qu'une maladie intercurrente n'intervienne pas et n'empêche l'enfant d'atteindre l'âge adulte. Si l'épanchement est modéré ou n'a pas tendance à s'accroître, l'hydrocéphale peut normalement se développer et atteindre un degré moyen d'intelligence. Nous ne saurions aller

jusqu'à prétendre avec Gratiolet qu'un certain degré d'hydrocéphalie favorise le développement du cerveau en dilatant le crâne et peut être cause d'une supériorité intellectuelle. L'exemple de Cuvier est une exception trop rare et nous restons convaincu que le crâne est au cerveau un vêtement élastique qui sait de lui-même s'élargir quand le dernier augmente de volume.

Traitement de l'hydrocéphalie. — Le traitement de l'hydrocéphalie chronique peut être chirurgical ou médical. Le *traitement chirurgical* n'a donné jusqu'alors aucun succès. A notre avis, il est illogique et l'expérience démontre que, malgré toutes les précautions antiseptiques possibles, il s'accompagne presque toujours de mort, et les rares cas de guérison tel que celui de Quincke (*Congrès allemand de médecine interne*, 1891) ne sont guère plus probants. Dans ce cas l'hydrocéphalie était aiguë, l'épanchement sous-arachnoïdien, trois ponctions furent faites au niveau de la région lombaire et on retira de 2 à 10 c^c^. de liquide. Hayes Agnew (*University medical Magazine*, oct. 1891) fait le relevé de 5 cas d'hydrocéphalie traitée par trépanation et drainage, il y eut cinq décès et l'auteur conclut que « la trépanation pour l'hydrocéphalie est une opération inutile. » Phocas (*Revue des maladies de l'enfance*, février 1892) dans deux cas de craniectomie suivie de ponctions et drainage, eut un décès et un succès, qui au bout de 4 mois laissait l'enfant opérée presque aveugle. Un opéré d'Audry (*Progrès médical*, 1892, 17 fév.) meurt quelques heures après l'opération. Contentons-nous de citer ces tristes résultats que nous pourrions multiplier à loisir. L'examen de nos observations nous permet de montrer jusqu'à quel point l'intervention chirurgicale est inutile. Chez les hydrocéphales qui, comme Ess..., Lob..., Vign..., All..., ont le cerveau réduit à un kyste à mince paroi, il est évident que toute intervention est nulle. Lorsque l'hydrocéphalie est symptomatique d'une tumeur, plus ou moins étendue (Marie Baiss..., Berl..., etc.) l'intervention n'a aucune chance d'être plus efficace. Elle ne pourra réussir que dans les cas moyens qui s'accommodent très bien du traitement médical. L'opération de la craniectomie suivie de drainage expose de plus le cerveau à une décompression brusque, qui, suivie d'une congestion violente, peut aboutir à une mort rapide. Enfin la ponction, en supprimant le liquide épanché, n'empêche en rien la cause pathogène de le reproduire, et l'opération jugée à ce simple point de vue nous paraît tout au moins inutile.

Le traitement médical qui lui aussi ne réussira que chez les hydrocéphales à épanchement moyen consiste en compression (Ber-

nard, Trousseau), en révulsifs (Gelis) et en administration de calomel à l'intérieur (Gelis). Nous avons eu l'occasion de l'appliquer avec succès chez quelques-uns de nos malades et voici comment nous les formulons :

La tête de l'enfant, ayant été préalablement rasé, on applique une capeline serrée construite avec des bandelettes de Vigo, on maintient autant que possible la capeline durant plusieurs mois en la renouvelant, et si un incident quelconque empêche son usage continu, on substitue au Vigo des frictions quotidiennes à l'onguent mercuriel. En même temps on administre deux fois par semaine un paquet de 0 gr. 10 de calomel.

L'intéressante observation de Valentine Esco..., à qui ce traitement a été appliqué de bonne heure, plaidera mieux que nous en faveur de son efficacité.

Obs. XXII. — Hydrocéphalie chronique.

Sommaire. — *Aucun antécédent héréditaire. Sœur à tête volumineuse. Autre sœur morte de méningite. Emotion au 2e mois de la grossesse. Accouchement prématuré à 8 mois. Asphyxie à la naissance. A 3 semaines, augmentation de la tête. — Etat actuel. — Examen de la tête : distension des fontanelles. — Traitement. Diminution progressive des fontanelles. Développement normal de l'intelligence. Tableau des mensurations de la tête.*

Esc... (Valentine), née le 11 mars 1890, est conduite à Bicêtre à la consultation de M. Bourneville.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère de l'enfant.). — Père, âgé de 43 ans, contre-maître, est sobre, intelligent, bien portant. Aucune tare n'a été constatée dans sa famille.

Mère, 37 ans, est aussi en bonne santé, elle n'est pas nerveuse et prétend que dans sa famille aucune affection ou tare héréditaire n'a été signalée.

Pas de consanguinité. Différence d'âge de 6 ans. *Quatre enfants.*

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception.* — La *grossesse* se passa sans accidents autres qu'une forte émotion à 2 mois, causée par une chute que fit sa fille aînée et qui fut du reste sans conséquences. — L'*accouchement* eut lieu à 8 mois, fut long, on ne fit ni manœuvres, ni application de forceps, il n'y eut pas d'anesthésie. La mère tomba en syncope durant l'accouchement. L'enfant était

asphyxiée en naissant, sa tête n'était pas trop volumineuse ; elle fut nourrie au sein par la mère.

A trois semaines, on remarque une saillie anormale des yeux qui restaient à demi voilés par la paupière inférieure ; en même temps la *tête se mit à grossir progressivement* au point de ne pouvoir se maintenir droite. Elle n'eut alors ni fièvre, ni convulsions, ni syncopes. Ses yeux, petit à petit, revinrent dans une position normale.

Etat actuel de la tête de l'enfant. — Le *crâne* est volumineux, le front très bombé et très large. Les *fontanelles* persistent et sont



Fig. 23. — Esco... avec sa mère, vue de face, à l'âge de 7 mois.

saillantes ; la fontanelle antérieure a 10 centimètres de longueur sur 10 centimètres de largeur. Les globes oculaires sont dirigés en bas et

en partie cachés par les paupières inférieures. Les pupilles moyennement dilatées sont normales. L'examen de la pupille ne donne pas grand résultat, les vaisseaux sont légèrement variqueux, les contours sont nets. L'enfant est impressionnée par la lumière. On ne note ni particularité, ni anomalie à l'examen du corps et des organes.

1890. *6 novembre.* — L'enfant est dans un état stationnaire et ne présente rien de particulier. Frictions sur la tête avec de l'onguent mercuriel.

27 novembre. — La mère nous reconduit l'enfant dans un état absolument stationnaire. La santé générale est excellente.



Fig. 24. — Esco... avec sa mère, vue de profil, à l'âge de 7 mois.

18 décembre. — La santé générale est toujours parfaite. L'enfant donne des preuves d'intelligence, le bruit attire son attention, elle

saisit bien les objets, tient en temps ordinaire la tête droite et prononce distinctement « papa. » La *fontanelle antérieure* a 95 millimètres d'avant en arrière et 120 millimètres transversalement.

1891. *22 janvier.* — L'enfant est gaie, donne toujours des marques d'intelligence. *Poids :* 8 kil. 400.

19 février. — Tendance passagère à incliner la tête à droite. Eruption de 3 incisives supérieures et d'une inférieure. La fontanelle antérieure a 9 cm., 5 d'avant en arrière et 11 centimètres transversalement. L'enfant a toujours une excellente santé générale, elle n'offre aucune infirmité et son intelligence se développe bien.



Fig. 25. — Esco. . avec sa sœur, vue de face, à l'âge de un an.

19 mars. — *Poids :* 9 kilogr. — Elle a 6 dents ; elle sourit à sa sœur et se tient sur les jambes lorsqu'on la soutient légèrement.

23 avril. — La *fontanelle antérieure* a 6 centimètres de longueur sur 9 cm., 5 de largeur. La *fontanelle postérieure* est oblitérée. Valentine a 2 incisives inférieures et 4 supérieures, les deux incisives latérales inférieures commencent à pointer. Solution Coirre, une cuillerée à café par jour. Deux fois par semaine, calomel.

25 mai. — Valentine est toujours bien portante, elle est caressante, ses actes ont un certain degré de spontanéité. Elle commence à marcher, l'éruption des dents s'est opérée sans troubles. Elle possède



Fig. 26. — Esco... avec sa sœur, vue de profil à l'âge de un an.

actuellement 8 incisives et une grosse molaire gauche. La fontanelle antérieure a actuellement 72 millimètres de longueur sur 110 de largeur.

29 juin. — L'enfant a vomi à la suite de l'administration d'un

paquet de calomel. L'intelligence et les facultés continuent à se développer. Elle envoie des baisers, sourit, saisit tout, marche assez bien, dit distinctement papa et maman. — *Poids :* 9 kil. 400. La *fontanelle antérieure* a 7 centimètres de longueur sur 9 cm., 5 de largeur. L'enfant transpire beaucoup de la tête, les veines du cuir chevelu sont assez développées. Application d'emplâtre de Vigo sur la tête au moyen de bandelettes formant capeline.



Fig. 27. — Esco... vue de profil à l'âge de 14 mois.

24 juillet. — La capeline de Vigo a été renouvelée deux fois. Le calomel administré a produit de la diarrhée et a dû être suspendu ainsi que la solution de chlorhydro-phosphate de Coirre. Valentine continue à prendre deux bains salés par semaine. La tête, toujours couverte de transpiration, paraît avoir légèrement diminué.



Fig. 28. — Esco... avec sa sœur, vue de face, à l'âge de 25 mois.

9 octobre. — La mère note de légers progrès chez l'enfant qui demande maintenant à boire.

16 novembre. — La *fontanelle antérieure* mesure 7 centimètres de long sur 10 centimètres de large. V... a actuellement 16 dents. Son *intelligence* se développe ; elle tire la langue quand on le lui demande, envoie des baisers, dit les mots : « papa, maman, donne, non, etc. » Elle se tient presque seule ; demande pour aller à la selle ; paraît affectueuse pour ses parents.

30 décembre. — La *fontanelle antérieure* a notablement diminué. Sa longueur est de 38 millimètres, sa largeur de 75 millimètres ; elle a 40 millimètres de droite à gauche. La mère a remarqué que la calotte de Vigo irritait légèrement la région occipitale.



Fig. 29. — Esco... avec sa sœur, vue de profil, à l'âge de 25 mois.

Traitement : Un bain salé tous les trois jours durant 8 à 10 minutes. Deux fois par semaine 0 gr. 10 de calomel. Trois cuillérées à café de solution Coirre. Applications renouvelées de Vigo.

1892. *25 février.* — L'enfant a 18 dents, pèse 11 kilogr. 500, a 70 centimètres de *taille.* La *fontanelle antérieure* a 3 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur. L'*intelligence* se développe toujours progressivement. — Continuer le *traitement.*

8 avril. — *Fontanelle antérieure :* longueur antéro-postérieure : 3 centimètres ; largeur transversale : 5 cm., 5.

21 mai. — L'enfant dit un assez grand nombre de mots : papa, maman, bonjour, porter, par terre, pain, eau, nana, coco, Henriette (nom de sa sœur), t'es lourde, poupée, joujou, toutou, mouton, baba

(pour bas). Elle marche tenue par une seule main. Des battements sont très sensibles au niveau de la fontanelle antérieure qui a 2 cm., 5 de longueur sur 4 cm., 6 de largeur. L'oreille droite aurait à deux reprises laissé s'écouler un liquide un peu épais et louche.



Fig. 30. — Esco... à l'âge de 33 mois.

22 juin. — L'*otorrhée* ne s'est pas reproduite. L'enfant, éveillée, attentive, gaie, a un regard plus expressif et plus naturel. Elle tient la tête droite, semble être heureuse d'avoir une belle robe, se tient et marche presque seule. Son vocabulaire est le même. Pas de côté plus faible que l'autre. Première dentition complète.

28 octobre. — L'enfant marche maintenant absolument seule. *Poids :* 12 k., 500. — *Taille :* 855 millimètres.



Fig. 31. — Esco... avec son père, à l'âge de 3 ans 1 mois.

3 décembre. — L'enfant a fait de grands progrès au point de vue du langage. Elle demande et désigne tous les objets courants, elle fait de petites phrases. M. le Dr Cruet examine sa dentition, constate qu'elle est complète, mais que les dents, de mauvaise nature, ne tarderont pas à se carier.

1893. *10 février.* — Les dimensions de la *fontanelle antérieure* sont réduites à 2 cm., 5 de longueur sur 3 cm., 5 de largeur. En arrière, une légère rainure de 4 centimètres sur un centimètre semble être un vestige de la fontanelle postérieure. Elle a encore fait des progrès, reconnaît sa photographie, les différentes parties de son corps, elle est très caressante.

Traitement : Sirop d'iodure de fer, sirop antiscorbutique, 0 gr., 10 de calomel, une fois par semaine; solution Coirre, bains salés. Capeline de Vigo.



Fig. 32. — Esco... à l'âge de 3 ans 3 mois.

30 mars. — L'enfant comprend tout ce qu'on lui dit, sans explication par geste. Elle embrasse et caresse les autres enfants et dit qu'ils sont gentils. Elle est très gaie, toutefois, il est difficile de fixer son attention. Sa mère l'attribue à la timidité qu'elle a en notre présence. Elle pleure rarement ; très coquette, elle aime les beaux habits, les rubans, craint de se salir, se préoccupe des bijoux, en désire pour elle ; elle est fière des mèches de cheveux qu'on a laissé pousser. Elle place des verbes dans ses phrases, parle bien, chante fréquemment chez elle. Elle retient assez bien les airs ; sa mémoire visuelle est aussi bien développée, elle se souvient même des personnes qu'elle a rarement vues.

10 juillet. — L'enfant va actuellement très bien. Elle *marche* seule

et longtemps sans fatigue, court sans tomber ; *mange* seule, proprement, avec cuillère et fourchette. La *sensibilité* est normale et délicate sur tout le corps. La *vue* est bien développée, les mouvements synergiques des yeux s'exécutent bien, les pupilles sont normalement contractiles ; très légère *exophtalmie*. L'*ouïe* est fine, l'*odorat* et le *goût* sont normaux, mais l'enfant n'aime pas les choses trop sapides. Elle est très propre de son naturel. La *physionomie* gaie, souriante, légèrement malicieuse, est un peu naïve mais n'a rien d'hébété. Elle est intelligente. Les sentiments d'affection, de commisération, de propriété sont très développés chez elle. Elle refuse ainsi de nous donner son chapeau mais veut bien le donner pour consoler un enfant qui pleure. On fixe facilement son attention. Sa mémoire, tant visuelle qu'auditive, est bien développée, elle reconnaît ses photographies. Elle est coquette, aime à entendre dire qu'elle est jolie, à vanter sa toilette, adore les rubans et les fleurs. Elle ne sait pas compter, ni bien distinguer les couleurs mais nous pouvons affirmer que cela est dû à un vice d'instruction. Ni boudeuse, ni capricieuse, elle se rend compte du bien et du mal et pleure lorsqu'on lui fait des reproches. Le sentiment de pudeur est développé chez elle, elle ne veut pas être montrée nue.

La *fontanelle antérieure* n'a guère plus qu'un centimètre dans toutes ses dimensions. Le corps et les membres de l'enfant sont bien conformés. L'embonpoint est très notable. La *tête* est asymétrique, le côté gauche est un peu moins développé que le droit. Quelques veinosités bleuâtres apparaissent aux tempes. Le front et l'occiput sont saillants, la forme générale de la tête est ronde. Le nez droit assez fin est déprimé à sa base ; les narines regardent en bas. Les joues sont pleines, les pommettes peu saillantes. La bouche est grande, les dents régulières. La voûte palatine est peu profonde. Le menton est moyen. Les oreilles sont bien ourlées et bien faites, le lobule détaché est moyen.

15 décembre. — Aucune modification bien notable chez Valentine, qui actuellement est une enfant bien élevée. Son unique défaut est de donner des marques d'impatience assez vive quand on lui refuse quelque chose. Sa santé générale est toujours excellente. Elle ne différencie pas encore les couleurs. Il n'y a plus trace de fontanelles. Les cheveux qu'on laisse pousser, sont réguliers, mais assez rares aux tempes et au niveau des bosses frontales veinées de bleu. Les réflexes sont normaux. L'enfant parle bien, mais se montre à notre égard réservée et timide.

	1890		1891										1892					1893			
	septembre.	décembre.	janvier.	février.	mars.	avril.	mai.	juin.	juillet.	octobre.	novembre.	décembre.	février.	avril.	mai.	juin.	octobre.	janvier.	mars.	juillet.	décembre.
Circonf. hoziz. max.........	49.5	51.5	52	54	55	54.5	55	55.5	54.5	55	56	56	56	57.2	57.2	57	57	57	57.5	57.2	58
1/2 circonf. bi-auricul......	35	37	32	37.5	36.5	37	37	37.5	36.5	37	37.5	38	38	38.5	38.5	39	38.5	39	39	39	40
Distance de l'articul. occip.-atloïd. à la racine du nez..	33	37	38	38	38.5	39	39	39	38	38	37.5	38	39	40	40	40.5	40.5	41	40.5	40.5	41
Diam. ant.-post. max.......	16.5	16.7	17.2	17.5	18	17.4	18	18	18	18	19	18	18.5	18.5	18.7	18.9	18.9	19.5	19.7	19.5	19.2
— bi-auriculaire........	10.5	11	11	10.5	10.5	10.9	10.9	10.9	11.5	11	11	11	12.5	11.5	12	11.5	11.6	11.2	11.5	11.2	11.5
— bi-pariétal...........	14.3	1.48	15.2	15.5	15.5	15	15.5	15.5	16	15.8	16.4	16	16.2	16	16	16.5	16.5	16.5	16.5	16.5	16.6
— bi-frontal............		9.5	9.8	10	11	11	11	11.5	11.5	12	12.2	13	13	13.5	14	14	14.2	14.2	14.2	14	14
Hauteur du front...........				7	7	6	6	6	6	6	6	5.5	7	7	6	6	6	5.5	5.5	5.5	6

Nous ne nous permettrons qu'une courte réflexion pour terminer à la suite de cette observation ce travail sur quelques formes de l'hydrocéphalie chronique. Si Valentine Esco... malgré une hydrocéphalie considérable est devenue à 4 ans, une enfant d'une intelligence presque normale, c'est moins à la compression, à la révulsion, au calomel qu'il faut l'attribuer qu'à l'éducation bien dirigée et aux soins minutieux que nous avons pu faire intelligemment mettre en pratique par sa mère et sa sœur. Comme tous les idiots de différentes origines, les hydrocéphales sont de pauvres terrains, qui produisent en raison directe du travail et de l'intelligence des cultivateurs qui sont chargés d'en tirer partie.

M. le Dr Mabille, secrétaire général, donne lecture, au nom de M. le Dr Girma, directeur-médecin, et de M. le Dr Vernet, médecin adjoint de l'asile de Pau, d'un rapport médico-légal sur :

UN CAS DE SÉQUESTRATION D'UN ALIÉNÉ PAR SES PARENTS

Il s'agit du fils du maire d'une commune des Basses-Pyrénées, réformé pour cause d'aliénation et dont les parents avaient empêché le mariage.

Les parents appelèrent un charpentier, firent construire une cage avec barreaux de fer, dont les dimensions étaient de 1 mètre de longueur sur un autre de largeur. Le malheureux, complètement nu, était accroupi sur un monceau d'immondices ; ses cheveux et sa barbe étaient d'une longueur démesurée; ses jambes ne fonctionnaient plus et il avait presque perdu l'usage de la parole. Le maire, sa femme et ses deux fils furent arrêtés et la victime transportée à l'asile des aliénés de Pau.

M. le Dr Girma, appelé à l'examen, conclut que les mauvais traitements n'avaient pu qu'aggraver l'affection mentale du malheureux.

La photographie ci-jointe rendra un compte exact de la situation du séquestré peu de temps après son arrivée à l'asile de Pau.



Les réflexions dont MM. Girma et Vernet font suivre leur étude rendent un compte exact des habitudes qui subsistent encore dans certains villages des Basses-Pyrénées.

Saligos est une petite commune de 220 habitants, située sur la route de Pierrefitte à Luz, par conséquent dans un pays parcouru chaque année par de nombreux visiteurs.

Bien que l'instruction ne soit pas encore très répandue dans la contrée, Thomas L... sait lire et écrire. Il est présumable que son père, en qualité de maire de Saligos, doit avoir au moins une instruction élémentaire.

Un autre frère du malheureux séquestré dont il n'est fait nulle mention dans les documents officiels, est vicaire dans une commune des Hautes-Pyrénées.

Aussi comprend-on difficilement un pareil acte de barbarie commis par des parents à l'égard d'un pauvre fou, qui devait être à peu près inoffensif, s'il est avéré qu'il était, longtemps avant sa séquestration, privé de l'usage de ses jambes, et qui, dans tous les cas, l'était devenu depuis longtemps, par suite de l'impossibilité de se mouvoir, occasionnée par ses infirmités et de l'absence de réaction dont nous sommes aujourd'hui les témoins.

Quel est donc le mobile qui a pu dicter aux parents une pareille conduite?

Ils sont dans une aisance relative, suffisante dans tous les cas, pour que l'entretien dans un asile, s'ils avaient adopté cette mesure, fût laissé à leur charge. Aussi la première pensée qui se présente à l'esprit est qu'ils ont bien pu agir par intérêt et vouloir éviter cette dépense.

S'ils n'ont pas été mus par un autre sentiment, nous nous trouverions en présence d'un crime assez banal, qui ne devrait pas retenir plus longtemps notre attention.

Mais nous sommes portés à croire que d'autres raisons sont intervenues, qui ont pesé sur la détermination de ces paysans plus superstitieux encore qu'intéressés.

Le fait de Thomas L... n'est pas isolé; les journaux du pays ont dit à cette occasion que d'autres séquestrations analogues pourraient être dénoncées; et le docteur Girma a reçu à l'asile, il y a sept ou huit ans, un aliéné des montagnes qu'on avait également enfermé pendant de longues années dans une sorte d'oubliette, ne possédant que deux ouvertures répondant à une double fonction digestive. Et ce qui est le plus étrange, c'est que, si dans les villes de la région, ces faits barbares soulèvent une certaine émotion, ils sont acceptés dans les campagnes comme une nécessité qu'on n'a pas l'air de condamner.

C'est là un trait des mœurs de la région à Saligos, tout le monde savait que le maire de la commune maintenait son fils dans une captivité déplorable, et nul n'a songé à le dénoncer. C'est donc un droit qu'on lui reconnaissait et un droit qui sent de loin son moyen âge.

L'étonnement et l'arrogance du père quand les gendarmes veulent vérifier cette séquestration ; la terreur et les hésitations de la famille quand le parquet leur ordonne de faire sortir de son réduit cet être inerte et déformé, trahissent ce nous semble, chez ces personnes, des préoccupations d'une nature spéciale, qui ne sont pas celles que les gens éclairés éprouvent en présence d'un aliéné inoffensif.

Pour nous, et malgré que la preuve n'en soit pas faite, n'ayant pu

interroger cette famille et le procès n'ayant pas encore eu lieu, nous nous demandons si dans l'entourage de ce malheureux on a bien cru à un état de folie quelconque, ou si plutôt on n'a pas cru voir en lui un possédé.

La croyance aux sorciers est ici à peu près générale et nombreuses sont les pratiques religieuses et profanes qui servent à neutraliser l'influence des esprits malins. Les rameaux bénits à la Saint-Jean par le curé se marient presque sur toutes les portes avec le millepertuis recommandé par les mégères qui, non contentes de prophétiser, se livrent à l'exorcisme, revêtues d'habits sacrés.

Si réservés qu'ils soient sur tout ce qui concerne ces cérémonies occultes, une indiscrétion pouvant attirer sur la tête du bavard, les pires catastrophes, les parents des aliénés nous confessent parfois leurs vues sur la nature des désordres éprouvés par les leurs et les artifices grotesques auxquels ils ont eu recours pour les en débarrasser.

Il ne serait donc pas étonnant que L... qui d'ailleurs dans son délire primitif ne parlait que de sorcellerie, et dans la magie de ses hallucinations pouvait bien effrayer sa famille en leur disant que le diable était en eux, puisqu'il pénétrait et vivait dans les flammes sans se brûler, n'ait fait passer dans leur esprit et peut-être même dans celui de ses voisins, que toute la maison était hantée et que les incohérences ou les menaces qui sortaient de sa bouche n'étaient qu'un écho du diable.

Ainsi s'expliquerait la terreur sans cela incompréhensible qu'il avait semée autour de lui, et la claustration si rigoureuse dont il avait été l'objet.

Nous le répétons, ce n'est qu'une hypothèse, mais basée sur les mœurs du pays et qu'il nous sera donné peut-être de vérifier, par les débats qui auront lieu prochainement.

A tous ces titres d'ailleurs, cette odieuse séquestration constitue un véritable anachronisme qui, dans les conditions où elle s'est produite, méritait, croyons-nous, d'être signalée.

M. le Dr Mabille, au nom de M. le Dr Paris (de Maréville) donne lecture du travail suivant :

LYPÉMANIE ANXIEUSE AVEC DÉLIRE DES NÉGATIONS.

Les opinions diverses émises au Congrès de Blois relativement au délire des négations montrent clairement la nécessité d'une étude clinique plus complète de la forme vésanique dans laquelle ces idées de négation sont rencontrées plus spécialement. Cette étude ne peut être fructueuse que si elle est basée sur un grand nombre d'observations ; je crois donc faire œuvre utile en apportant aussi le résultat des miennes :

Je n'ai, jusqu'à présent, rencontré que deux cas de délire des négations (type Cotard) ; ma première observation a été publiée dans les Annales médico-psychologiques de janvier 1884 ; je l'avais intitulée: « Lypémanie chronique avec délire des négations ». Je faisais remarquer alors que ce délire des négations ne se manifestait qu'à l'occasion de sollicitations, qu'il ne s'étendait qu'aux personnes et aux choses qui n'étaient pas utiles à la malade et qu'il accompagnait de l'affaiblissement intellectuel.

L'observation sur laquelle je me propose d'appeler aujourd'hui l'attention est plus complète et plus instructive. La voici d'abord :

C..., veuve P..., âgée de 61 ans, entrait à l'asile fin décembre 1892, sur avis médical ainsi motivé : « Mutisme complet. Refuse toute nourriture. Se salit. Affaiblissement considérable. »

Renseignements commémoratifs : Les antécédents, au point de vue de l'hérédité, seraient bons. Du reste, je ne peux mieux faire que reproduire les détails que m'adresse un des fils de la malade, qui ne connaît dans sa famille aucun cas d'affection du système nerveux : « Notre » mère, ajoute-t-il, quoiqu'ayant eu d'assez grandes épreuves à » subir, les a toujours assez bien supportées, quoique je pourrais » dire, sans crainte de me tromper, que les peines lui ont toujours » été très lourdes, étant donné son caractère nerveux et sensible. » Elle a toujours eu crainte pour l'existence du lendemain ; elle était » économe sur tout et même pour elle-même ; elle aurait voulu

» pouvoir vivre sans prendre de nourriture. C'est ainsi, je crois, que,
» s'étant trouvée seule pendant trois mois, nous supposons qu'elle
» n'a pu lutter contre ses appréhensions relatives à l'existence...,
» et, sûrement, elle se serait laissé mourir d'inanition, si l'on n'avait
» pas, avec persistance, essayé de lui donner quelque nourriture.

» Elle a eu, dans les premiers temps, quoique la maladie était
» déterminée, plusieurs bons moments, pendant lesquels elle nous
» disait : « je suis bien mieux aujourd'hui et je voudrais bien que
» tout cela se passe complètement... »

» Elle n'a jamais eu bonne santé, mais, je vous le répète, les
» émotions et les craintes l'ont toujours généralement troublée. »

Observations à l'asile : Cette femme est arrivée à l'asile faible, débilitée, avec un facies terreux ; elle paraissait avoir subi de longues privations. Elle était très déprimée, avait une démarche lente, traînante lorsqu'on l'obligeait à se déplacer et passait son temps à gémir sans prêter attention à ce qui se faisait autour d'elle. Pressée de questions, elle répondait, bien que brièvement. Elle s'accusait de crimes inimaginables ; la moindre de ses actions prenait dans son esprit les proportions d'un acte que tout le monde réprouve ; elle était damnée et entendait toutes les personnes qu'elle rencontrait le lui dire. Le démon lui avait déclaré qu'elle était en son pouvoir depuis sa naissance, qu'elle ne lui échapperait pas, qu'elle était un objet de scandale et de honte pour la terre. Elle se disait née pour le malheur de tout le monde ; elle devait être la cause de la fin du monde et elle demandait la mort comme une délivrance pour elle et pour ses semblables.

Elle se plaignait d'une constipation opiniâtre et se croyait parfois morte : « je suis morte, disait-elle alors, et pourtant je vis, je ne peux pas m'expliquer cela. »

A la plupart des questions qu'on lui adressait pour juger de l'état de sa mémoire, elle répondait : « je ne sais pas », comme aujourd'hui, mais elle reconnaissait avoir été mariée, avoir trois enfants, tandis qu'aujourd'hui elle prétend n'avoir jamais eu de famille et être tombée du ciel.

Ce n'est qu'une huitaine de jours après l'admission que des idées de négation ont affecté un certain caractère de fixité ; la malade déclarait alors n'avoir connu ni père, ni mère, ni enfants, ni mari ; elle se croyait tombée du ciel, mais lui demandait-on, par exemple, son âge, la date de son entrée à l'asile, ce qu'elle avait mangé la

veille, etc., elle ne répondait pas je n'ai pas d'âge, j'ai toujours été à l'asile, je n'ai jamais mangé ; elle ne niait pas, elle n'exprimait qu'un doute, que de l'incertitude, par ces paroles « je ne sais pas ».

Et cependant, à cette époque où le délire des négations était, comme on le voit, assez peu étendu, elle était beaucoup plus précise lorsqu'on lui demandait si ses voix ne la menaçaient pas de mort, ne lui annonçaient pas une fin proche. « On m'accuse de toutes sortes de malheurs, disait-elle, et on voudrait me punir ; si seulement on pouvait me faire mourir, mais je ne dois jamais mourir. » L'idée d'immortalité était donc bien nette et Mme P... voyait surtout en cette immortalité l'impossibilité d'échapper aux tourments moraux que lui causaient les accusations fausses portées contre elle.

La note dominante, au moment où elle manifestait des idées de négation, était donc fournie par les souffrances morales, conséquences des hallucinations et des idées de culpabilité et de châtiment.

L'état reste stationnaire pendant les mois suivants ; le 13 juin 1893, le délire de négation, tous les autres troubles persistant aussi, paraît cependant plus nette, la malade arrivant même à nier son existence. Lui demande-t-on, par exemple, son nom, celui de son mari, elle répond : « Je ne sais pas, puisque je suis tombée du ciel ; je n'ai jamais eu de mari, je n'ai pas d'enfants, je n'ai pas de nom, puisque je ne suis rien. »

Un mois après, actuellement, nous remarquons une légère modification du délire en ce sens que l'idée d'immortalité s'est effacée et que Mme P... a maintenant peur de mourir ; enfin, comme on le verra par ce court interrogatoire, le délire de négation semble rétrograder ; peut-être notre malade s'achemine-t-elle plus rapidement vers la démence.

Quel est votre âge ? — Je n'en sais rien, je n'ai jamais su mon âge.

En quelle année vous êtes-vous mariée ? — Je n'ai pas eu de mari, je suis tombée du temps, je n'ai eu personne sur la terre.

Comment avez-vous vécu depuis que vous êtes sur la terre ? — J'ai vécu de ce qu'on m'a donné ; ce qu'on m'a donné, je l'ai mangé. Je suis bien à plaindre, parce que cela me cause trop de mal, des voix que j'entends dans mes oreilles ; elles me disent que je suis perdue.

Pourquoi seriez-vous perdue ? — Elles me disent que je suis tombée sur terre alors que je ne devais pas y tomber et que j'ai mangé du fruit défendu et je ne sais pas ce que c'est ; j'ai mangé ce qu'on m'a donné. Elles me disent qu'on me fera mourir et *je voudrais tant ne pas mourir*. Je ne sais pas si j'ai fait du mal ou non, je n'ai fait que

ce que l'on m'a dit de faire. (Il est à remarquer que la malade parle plus volontiers).

Ce sont donc toujours les craintes liées aux hallucinations et aux idées de culpabilité qui prédominent et qui se manifestent avec le plus de spontanéité.

Les troubles de nature hypochondriaque se sont totalement dissipés.

Ainsi, nous avons assisté à l'éclosion des idées de négation qui ont succédé à de l'incertitude précédée et accompagnée de : dépression mélancolique profonde, craintes imaginaires, hallucinations, idées de culpabilité et d'expiation, divagations hypochondriaques, — et, en même temps qu'elles, a éclaté, mais plus nettement, l'idée d'immortalité, montrant à la malade l'étendue du châtiment dont elle s'entendait menacer. Les idées de négation et d'immortalité, les divagations hypochondriaques se sont ensuite sensiblement atténuées ou effacées, laissant toujours plus manifestes dépression profonde, craintes, hallucinations, etc., en somme la plupart des symptômes de la première période.

De mes observations et de la lecture des observations communiquées au Congrès de Blois, je conclus que rien n'autorise à donner le nom de « Délire de négation » à une forme de mélancolie, puisque ce délire n'est pas même la caractéristique d'une phase et qu'à côté de lui on voit évoluer et persister des idées non moins fixes, souvent même plus saillantes, d'immortalité, de culpabilité, de damnation, d'expiation, etc...

Ce délire de négation accuse, évidemment, dès son apparition, un commencement de débilité mentale ; il est, du reste, précédé de phases délirantes plus ou moins longues et il éclate généralement en même temps que les idées d'immortalité qui ne peuvent germer que dans un esprit débile. La preuve qu'il en est ainsi nous est fournie par l'existence d'idées de négation chez des paralysés généraux presqu'en démence : j'observe, en ce moment, une paralysée générale, jeune encore, qui se dit âgée de 87 ans et croit être à l'asile depuis près de 18 mois, alors qu'elle ne compte que quelques mois de séjour ici, qui, mère de plusieurs enfants, déclare avec insistance qu'elle n'a ni enfants, ni parents. L'idée de négation est là manifestement liée à une déchéance intellectuelle profonde. — Enfin, il est à remarquer que ce sont généralement des malades avancées en âge qui présentent du délire de négation (en dehors de la paralysie générale bien entendu).

Il n'est pas possible, à mon avis, de comparer le délire de négation

en délire de persécution : étant donné un délire de persécution, on sait, neuf fois sur dix, au moins, quelle en sera l'évolution, tandis qu'en face d'une lypémaniaque anxieuse, sous l'influence d'idées de culpabilité, de damnation et même de divagations de nature hypochondriaque, il ne sera pas possible d'annoncer avec quelque certitude motivée qu'un délire de négation doit se développer.

Et lorsque le délire de négation, s'il apparaît, aura pris quelque consistance, il ne se manifestera, habituellement, que s'il est sollicité, que s'il est provoqué par un interrogatoire relativement serré, tandis qu'en tout temps la malade sera déprimée, inquiète, se désolera d'avoir vu le jour en raison des malheurs dont on l'accuse, dont elle se croit cause, etc., — et si l'on veut caractériser son affection par une dénomination spéciale, il n'est pas logique, à mon sens, de la désigner par un symptôme de second plan, qui n'apparaît que plus ou moins tardivement, que l'on ne rencontre pas à toutes les phases de la vésanie, alors qu'il en est que l'on trouve plus saillants de la période de début à la période finale.

Ce sont bien les souffrances morales, les idées de culpabilité et les idées de châtiment qui prédominent puisque ce sont elles aussi qui amènent l'idée d'immortalité, c'est-à-dire d'expiation sans fin, qui préoccupe beaucoup plus, en général, la malade que ses doutes ou ses certitudes de non existence de telle ou telle chose, etc...

Si pour les malades le délire de négation n'est qu'accessoire, il le sera, à plus forte raison, pour qui les observe pendant toute l'évolution de l'affection et qui trouve, par conséquent, chez elles, des troubles plus manifestes, plus continus et de plus longue durée.

Ce délire n'est donc qu'un incident dans la lypémanie anxieuse, au même titre, par exemple, que l'idée de damnation.

Pas plus que l'idée de damnation, l'idée de négation ne constitue le fond d'une vésanie ; il est donné par les hallucinations, les idées de culpabilité et d'expiation.

DES RETENUES

SUR

les avantages en nature et des droits qu'elles confèrent aux fonctionnaires des Asiles, pour la fixation du taux de leur pension de retraite.

Par M. le Dr Girma, directeur-médecin de l'Asile de Pau.

La note que j'ai l'honneur de soumettre au Congrès vise le cas d'un confrère et nous a paru pouvoir intéresser ceux d'entre nous qui sont appelés à faire valoir leurs droits à une retraite.

Jusqu'à ce jour et depuis une circulaire ministérielle du 5 janvier 1861, du moins en ce qui concerne l'asile de Pau, les avantages en nature étaient tenus pour partie intégrante du traitement équivalant, suivant la dite circulaire, à 500 francs pour la nourriture, et à 10 p. °/o des appointements pour les autres avantages, tels que le logement, le chauffage et l'éclairage.

C'est sur cette base que nous subissons nos retenues et que s'établit le taux de pension de retraite.

Pour la première fois, croyons-nous, le Conseil d'Etat a méconnu la validité de ces dispositions au détriment de M. le Dr Reverchon, ancien directeur-médecin de l'Asile de Pau, qui a été admis à la retraite au mois de septembre dernier, après 30 ans de services dont 4 années et demie passées à l'asile Saint-Luc.

Sa pension avait été arrêtée par l'Administration départementale et le Conseil général des Basses-Pyrénées, à 4,266 par an, la moyenne de son traitement, pendant les six dernières années, ayant été, y compris les avantages en nature, de 8,533 francs 65 centimes.

Ce chiffre souleva de la part du Conseil d'Etat des objections que nous pouvons résumer d'après la lettre du Ministre de l'Intérieur, dans la question suivante : « Pourquoi a-t-on tenu compte des avantages » en nature dans la liquidation de retraite de M. Reverchon, puisque le » décret du 17 décembre 1858, qui a admis le directeur de l'asile

» d'aliénés de Pau, à participer à la caisse des retraites, ne soumet » pas expressément les avantages en nature aux retenues statutaires? »

A quoi il fut répondu par M. le Préfet des Basses-Pyrénées, qu'on s'était basé sur le fait des retenues subies en vertu de la circulaire ministérielle (citée plus haut) postérieure au décret de 1858.

Cette explication n'a pas dû paraître suffisante au Conseil d'Etat, puisque sous forme de conclusion, un décret a été pris réduisant la pension de M. Reverchon de 4,266 francs à 3,880, sans autres commentaires.

M. le Dr Reverchon protestera, croyons-nous, contre une interprétation aussi défavorable de ses droits ; encore serait-il peut-être bon pour lui, comme pour nous tous, qu'il fut au besoin soutenu dans ses revendications si légitimes, par la corporation des médecins d'asile, qui ont tous intérêt à ce qu'un précédent aussi fâcheux ne soit pas tôt ou tard, invoqué contre eux.

Mon rôle est simplement celui d'un témoin qui signale là une situation nouvelle ; il appartient au Congrès d'apprécier s'il y a lieu de discuter sur cette question, d'en saisir la société mutuelle des médecins aliénistes, ou de rester dans une expectative réservée jusqu'au jour où l'action individuelle de M. le Dr Reverchon sera épuisée.

Il paraît difficile, en effet, qu'il n'ait pas gain de cause, au moins sur quelques points.

Comment admettre, par exemple, qu'on ne lui restitue pas tout au moins, les retenues qu'il a subies sur les avantages en nature dont on ne lui tient pas compte pour l'élévation du chiffre de la pension ?

Le vol serait par trop manifeste.

Sur tous les points d'ailleurs, la cause de M. le Dr Reverchon est bonne et devrait aboutir à un complet résultat.

Quel est, en effet, le sens exact des avantages en nature qui nous sont accordés. Ils représentent une des deux formes de nos appointements, forme la plus souvent obligatoire, puisque la résidence au centre même de l'asile, nous est commandée. C'est un avantage que nous subissons, plutôt que nous ne le recherchons, puisqu'il a pour conséquence de nous tenir éloignés de la société au même titre presque que les malades dont nous avons la garde.

Il ne conviendrait peut-être pas d'insister sur tout ce qu'a de pénible et de dangereux pour nous et pour nos familles, le contact incessant et inévitable des fous ; encore est-il équitable que si par devoir, nous acceptons sans récrimination les mauvais côtés d'une situation, nous n'en perdions pas les bénéfices qui s'y rattachent.

Le fonctionnaire des asiles, plus que tout autre, porte souvent sa pensée sur les jours de sa retraite et le repos dont il pourra jouir à cette époque ; cette perspective que nous pourrions désirer plus belle, ne devrait pas être amoindrie.

La circulaire ministérielle qui nous régit au point de vue de notre participation à la Caisse des retraites, a pour nous le caractère d'un contrat ; nous tenons nos engagements ; nous versons sur les avantages en nature, et nous devons espérer que le Conseil d'Etat reviendra sur son interprétation, produite sans doute par quelque malentendu, et, que M. le Dr Reverchon, comme nous tous, verrons nos retraites liquidées équitablement comme par le passé.

Choix du siège du futur Congrès.

L'assemblée, sur l'invitation de M. le Dr Hospital, médecin en chef de l'asile de Clermont-Ferrand, décide que le Congrès de médecine mentale et de neurologie des pays de Langue française, aura lieu en 1894 à Clermont-Ferrand.

Election du Président du futur Congrès.

L'assemblée désigne ensuite le Président du futur Congrès. — M. le Dr Pierret est élu, par les suffrages presque unanimes de l'assemblée, président du Congrès de Clermont-Ferrand.

L'ordre du jour étant épuisé, M. le Président Christian se lève et adresse ses remerciements à ses collègues, pour l'honneur qu'ils lui ont fait en lui confiant la direction des débats du Congrès.

Il remercie la Ville de La Rochelle qui a tenu à recevoir avec tant d'affabilité dans ses murs les représentants de la science mentale en France.

Puis se tournant vers le secrétaire général, les secrétaires des séances, et les membres de la presse médicale, qui représentent depuis le début des séances, les principaux journaux de notre pays, il leur dit combien il a été heureux de sentir sa tâche devenue presque facile, en raison du bienveillant concours qu'ils n'ont cessé de lui prêter.

Il déclare enfin la séance close. (Applaudissements prolongés).

Visite de l'Asile de La Roche-sur-Yon.

Nous ne saurions mieux faire pour terminer le compte-rendu que d'emprunter à notre distingué collègue le docteur Giraud, médecin en chef de l'asile Saint-Yon, les lignes suivantes qui terminent sa chronique du Congrès de La Rochelle.

(In annales med. psychol. p. 19 n° 2 septembre-octobre 1893).

(Note du Secrétaire général).

« Le Congrès proprement dit avait terminé ses travaux, mais une dernière excursion avait été organisée pour visiter l'asile de La Roche-sur-Yon, dont notre très sympathique confrère, le docteur Cullerre, devait nous faire les honneurs le dimanche 6 août.

Nous avions à voir ce qu'on peut obtenir avec de maigres ressources par une habile et intelligente direction, et l'objectif constant d'améliorer la situation des malades confiés à nos soins. Ce que nous avons pu admirer c'est l'aspect riant de l'asile. Les préaux des malades ont vue sur la campagne et lorsque la nature du sol n'a pas permis d'établir des sauts-de-loup, les murs des cours ont été interrompus par des grilles fort ingénieusement disposées pour ne pas faciliter l'évasion, tout en évitant les défenses pointues sur lesquelles les malades pourraient se blesser.

Avant la visite de l'établissement, chacun de nous avait reçu un plan indiquant l'état de l'asile actuel et les constructions projetées pour donner l'extension que commande l'accroissement de la population.

Nous avons visité les bâtiments de l'asile primitif, où nous avons vu les améliorations apportées, notamment les lavabos hygiéniques, ayant tous leurs cuvettes indépendantes l'une de l'autre, puis nous avons vu les nouveaux quartiers pour les malades gâteux ; mais ce que l'asile de La Roche-sur-Yon offre de plus particulier à signaler, ce sont les deux quartiers nouvellement contruits pour les enfants, l'un pour les garçons, l'autre pour les filles, quartiers disposés en vue de l'éducation physique et intellectuelle des petits faibles d'esprit.

L'asile n'a qu'un nombre restreint de pensionnaires, et le prix de pension est peu élevé. Une exploitation agricole fournit du travail aux aliénés et des ressources pour l'alimentation des malades. Nous avons terminé notre visite par la ferme, où notre ami Doutrebente a

trouvé la confirmation de ses vues sur l'influence de l'isolement dans l'engraissement du cochon.

Pendant que le Congrès visitait l'asile, Mme Cullerre, de son côté, recevait les dames, les promenait dans les jardins, sur le coteau, ou autremnt dit, sur la pente boisée qui descend à la petite rivière l'Yon. A midi, le déjeuner offert par l'administration et présidé par le Secrétaire général, en l'absence du Préfet du département, réunissait tout le monde. Quelques toasts ont pu mettre à l'épreuve la modestie de notre collègue Cullerre ; mais il était bon de lui dire, abstraction faite de toute camaraderie en présence des représentants de l'administration et de la commission de surveillance, ce que nous pensions des travaux scientifiques et de sa manière de diriger l'asile.

Puis, pour la seconde fois, la session du Congrès était déclarée close. C'était presque à regret.

Le Congrès avait formé une réunion empreinte d'une charmante cordialité ; on y a bien travaillé et le plaisir qu'on avait éprouvé n'avait nui en rien à l'intérêt scientifique

Un dernier groupe de congressistes, pour remplir jusqu'au bout le programme des organisateurs, a été passer la soirée aux Sables d'Olonne, sur la plage, pour respirer l'air pur et tonifiant de la mer, et là, rendez-vous a été pris pour l'année prochaine, au pied de la montagne, à Clermont-Ferrand. »

TABLE DES MATIÈRES.

PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES.